# Provetas e clones

uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas

Naara Luna

# Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas

# Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas

**Naara Luna**

ISBN: 85-7541-136-0

Projeto gráfico e editoração eletrônica
*Angélica Mello e Daniel Pose Vazquez*

Capa
*Danowski Design*

Ilustração da capa
A partir do relevo de Hans Arp, *Fruit of a hand*, c. 1927-8.

Revisão e copidesque
*Irene Ernest Dias e Soraya Ferreira*

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

L961p Luna, Naara
Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas. Naara Luna. – Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2007.

300 p.

1.Antropologia. 2.Técnicas Reprodutivas. 3.Desenvolvimento Tecnológico. 4.Inseminação Artificial. 5.Fertilização In Vitro. 6.Relações Familiares. 7.Clonagem de Organismos. I.Título.

CDD - 20.ed. – 306.461

2007
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br

# Sumário

# Prefácio

A tradição antropológica dos estudos de construção social da pessoa ganhou, nas últimas décadas, uma nova e desafiadora dimensão, ao ter de lidar com a emergência de inéditas tecnologias para a reprodução humana. Esses recursos consolidavam investimentos científicos de longa data (sobretudo na área da genética) que haviam mesmo suscitado uma ou outra construção ficcional reflexiva sobre o destino da humanidade à luz de tais desenvolvimentos.

A possibilidade concreta de viabilizar a produção de seres humanos em condições 'artificiais' atingiu os limites extremos da obsolescência da relação sexual e da parentalidade ambissexual, tornando também potencialmente imprecisos os tradicionais parâmetros da identidade individual e do incesto. Assim, se, por um lado, avançava-se na 'individualização' possível (pela desvalorização e relativização da trama relacional tradicionalmente institutiva de cada novo ser humano), por outro, avançava-se na potencial 'desindividualização' decorrente da 'duplicação' por clonagem.

Desafiavam-se, assim, pontos críticos das representações da cultura ocidental moderna sobre a pessoa, a natureza e a sociedade. Uma nova disciplina reflexiva, a bioética, emergiu nesse contexto, e uma pletora de discursos, práticas e normas invadiu a cena pública, tornando essas ameaças (e fantasias concomitantes) um tema generalizado e popularizado.

Esses desenvolvimentos abriram novos horizontes para a tradicional reflexão antropológica sobre parentesco, família, pessoa e natureza, instigando a contribuição de pesquisa e discussão de especialistas nas sociedades ocidentais tanto quanto a de especialistas em outras tradições culturais. A discussão se tornou tanto mais rica quanto envolveu a participação constante de muitas tradições disciplinares, desde as mais internas aos saberes de origem, como a genética e a imunologia, até as mais externas, como a filosofia, o direito e a psicanálise.

Este livro, oriundo de pesquisa que levou sua autora à condição de doutora, aplica os métodos clássicos da antropologia à emergente problemática, com enormes ganhos heurísticos. Com o seu foco fixado no esclarecimento da representação social corrente da reprodução assistida e da clonagem, Naara Luna freqüentou os espaços médicos dedicados à aplicação pública e privada dos novos recursos, instruída por uma sistemática cobertura da avassaladora bibliografia disponível e por um trabalho prévio de análise da presença da temática na grande imprensa.

Os desafios foram muitos a enfrentar. Em primeiro lugar, a pesquisa de cunho sociológico, antropológico em meio médico se tornou refém dos procedimentos do 'consentimento esclarecido', originalmente concebidos para o indispensável controle da experimentação biológica ou médica com seres humanos. Essa absurda extensão das exigências cabíveis em pesquisas que podem ter implicações diretas sobre a saúde ou bem-estar dos 'nativos' para pesquisas que apenas se nutrem das informações voluntariamente fornecidas por eles ameaçam severamente – pelo menos em função do retardamento burocrático que implicam – o trabalho das ciências sociais no trato das cruciais questões que envolvem o aparelho da biomedicina ocidental. Mas outros desafios se apresentam a quem se dispõe a obter informações sobre as dimensões consideradas mais privadas ou secretas dos sujeitos de qualquer sociedade. Esse ainda é o caso, entre nós, das questões reprodutivas, seja em sua versão convencional, seja em suas alternativas 'assistidas' pela tecnologia biomédica. É, portanto, notável podermos afinal contar com um material original tão rico e abrangente como o que fundamenta este trabalho.

Ele permitiu à autora desenvolver um diálogo intenso com as grandes questões que têm marcado a reflexão sobre as novas tecnologias reprodutivas. O núcleo mais importante é provavelmente o que envolve o estatuto da 'natureza' em nossa cosmologia, uma vez que se trata justamente de fenômenos que se situam ambiguamente na fronteira convencional entre a natureza e a cultura, o espontâneo e o induzido, o dado e o construído, o original e o sucedâneo. As locuções aí empregadas são significativas, ao aplicar adjetivos como 'artificial' e 'assistida' à categoria 'reprodução', tão intrinsecamente associada com o reino da natureza em seu nódulo crítico da 'vida'.

Como se verá aqui demonstrado, o valor da 'natureza' continua a ser estratégico, por mais que sua extensão fenomenal seja totalmente controversa, ambígua e manipulável. Evocando o modo como Roy Ellen o trata em um dos ricos trabalhos recentes sobre a matéria, ele parece expressar em nossa cultura a dimensão do que é considerado 'essencial', original, fundamental – sejam quais forem as propriedades empíricas que se lhe atribua. Nesse sentido, compartilha a crucialidade cosmológica com a representação do 'divino', como núcleo mais abstrato e abrangente das idéias sobre o sagrado ou o religioso. E isso se expressa sistematicamente no material etnográfico aqui elaborado. Mas se expressa imerso em uma trama de significados que envolve inevitavelmente o universo da medicina e – por extensão – da ciência. São das mais estimulantes as análises que tece a autora em torno dos deslizamentos semânticos e éticos empreendidos por seus informantes a respeito da relação entre a 'naturalidade' da reprodução, a intervenção tecnológica advinda do progresso científico nessa área e os desígnios divinos a respeito do destino humano.

Envoltas nesse rico tecido etnográfico, avultam as questões da família propriamente dita, as continuadas representações sobre o parentesco biogenético; a complexidade do processo de tomada de decisões sobre reprodução em situações-limite; a elaborada dinâmica das representações sobre a

liberdade, autonomia e singularidade individuais; a legitimidade e abrangência da intervenção médico-científica sobre a experiência humana, e – finalmente – sobre as fronteiras entre o humano e o supra-humano, em torno de questões tais como responsabilidade, projeto, controle e desejo. Ao longe, em um horizonte já palpável, mas ainda não vivenciado, vislumbra-se o perfil da clonagem humana, forma limite da reprodução 'artificial' da nossa mais íntima 'natureza'. Mas se vislumbra também, concomitantemente, uma experiência médica concreta intensamente imersa em uma trama de sentidos religiosos para a vida e para o próprio exercício da medicina, o que nos devolve a um ciclo completo de ambigüidades e dúvidas – absolutamente essenciais para caracterizar as condições em que se constrói nossa experiência social contemporânea e em que se pode assentar um empreendimento analítico consistente, sistemático e iluminador – como é este que ora se apresenta a nosso juízo.

*Luiz Fernando Dias Duarte*
Doutor em antropologia, professor do Programa de
Pós-Graduação em Antropologia Social
do Museu Nacional, UFRJ

# Apresentação

Proponho, neste livro, uma análise antropológica das novas tecnologias reprodutivas e da clonagem humana. Novas tecnologias reprodutivas ou reprodução assistida são procedimentos que substituem a relação sexual na procriação. Trata-se da inseminação artificial, procedimento que consiste na introdução de sêmen pelo colo do útero, e da fertilização *in vitro*, conhecida popularmente como 'bebê de proveta', em que óvulo e espermatozóides são unidos fora do corpo para formar embriões, depois transferidos para o útero. Abordo também a clonagem mediada tecnologicamente, processo que geraria seres idênticos a seu original. Analiso esses recursos biomédicos que dispensam o coito para gerar filhos com base em dois tópicos fundamentais na antropologia: as relações de parentesco e a noção de pessoa. Recursos usados para contornar a ausência involuntária de filhos, seja de caráter médico em situações identificadas como infertilidade, seja de caráter social, entre aqueles cujas práticas sexuais não são fecundas (pessoas sem companheiro, ou duplas homossexuais), as tecnologias reprodutivas incidem nas representações ocidentais de parentesco por permitirem a reprodução sem o intercurso sexual, símbolo central da comunhão do casal na geração de descendentes. Por meio desses procedimentos também é possível ter acesso à fertilidade alheia, com o recurso a sêmen, óvulos e embriões provenientes de doadores, bem como à cessão do útero de mulheres que portam a gravidez com a finalidade de entregar o bebê a quem o encomendou. Essa circulação de material germinativo embaralha noções de parentesco natural. A manipulação de gametas fora do corpo com geração de embriões humanos em laboratório suscita a seguinte questão: qual o estatuto desses entes? Trata-se de pessoas ou de material biológico disponível? Outra figura de pessoa emergente, o clone, desafia as representações ocidentais de pessoa devido a sua replicação, um ser destituído de singularidade.

O livro teve origem em minha tese de doutorado, *Provetas e Clones: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGAS), do Museu Nacional, UFRJ, em 2004. Resulta de um longo processo de reflexão e pesquisa iniciado no mestrado, em curso sobre organização social e parentesco ministrado pelo professor Eduardo Viveiros de Castro. Persegui o objeto desde o mestrado sob orientação do professor Luiz Fernando Dias Duarte, quando escrevi a dissertação *Bebê de Proveta, Barriga de Aluguel, Embriões de Laboratório: as representações sociais das novas tecnologias reprodutivas*, com levantamento das representações das novas tecnologias

reprodutivas em material de imprensa escrita e telejornalismo, além de artigos jurídicos. A continuidade da pesquisa foi este estudo etnográfico com as pessoas envolvidas nas tecnologias de procriação: usuárias e profissionais de serviços de reprodução assistida.

O campo de pesquisa sobre reprodução assistida, assunto do primeiro capítulo, apresenta peculiaridades que incitam a reflexão. A entrada no campo implica dificuldades: primeiramente se estranha que uma pesquisadora de fora da área da saúde se debruce sobre o tema da reprodução assistida; além disso, enfrenta-se a ética do segredo por parte dos envolvidos no tratamento. Centros de atendimento, usuários e profissionais envolvidos na reprodução assistida e em tratamentos convencionais, eventos na área da reprodução assistida, a mídia e diferentes saberes estão sob análise no recorte do objeto.

No capítulo seguinte, analiso a família, um tema central na abordagem das tecnologias de procriação: meios para se obter filhos. A ausência involuntária de filhos é vivida como um drama. Qual a origem histórica da centralidade dos filhos na família moderna? A infertilidade é condição social estigmatizante. Como se define clinicamente a infertilidade?

No terceiro capítulo, debato os modos como a reprodução vira objeto de intervenção médica. Que soluções a biomedicina apresenta para a ausência involuntária de filhos? O desenvolvimento das técnicas tem uma história. A ciência todo-poderosa promete eficácia. Como as pacientes relacionam eficácia e risco? O relacionamento entre médico e paciente constrói-se sobre diferenças. Os profissionais opinam: quem deve ter acesso às técnicas?

O discurso biomédico produz representações e conforma o corpo, as teorias da concepção e noções de hereditariedade – temas do quarto capítulo. Como se produz o corpo culturalmente? O discurso biomédico constrói o corpo feminino no contexto das novas tecnologias reprodutivas. As tecnologias reprodutivas conceptivas permitem a reprodução sem sexo. Coloco em perspectiva as teorias da concepção ocidentais, ao mostrar o debate antropológico sobre teorias de outras culturas. As noções ocidentais de hereditariedade, a eugenia e o processo de ‘genetização’ do parentesco também formam o quadro em que se inserem as tecnologias de procriação.

No último capítulo abordo parentesco e pessoa: os pontos nodais nas polêmicas envolvendo as novas tecnologias reprodutivas. Como se constitui esse parentesco? Sangue e criação são temas centrais. A reprodução sem sexo interfere nas representações de legitimidade da prole? Diante de práticas como a cessão de útero e a doação de gametas, qual a importância do laço constituído pela gestação e dos vínculos genéticos? Representações de gênero estão implicadas na simbólica de parentesco, bem como na relação de médico e paciente. A figura do clone se isola ou se articula em redes de parentesco? Clones e embriões são novas figuras de pessoa que surgem no contexto das novas tecnologias reprodutivas. Que processos de personificação ocorrem? Que estatuto se atribuiu ao embrião humano e quais os seus condicionantes?

Quero agradecer a diversas pessoas pelo resultado final deste trabalho: a meu pai, Sebastião Luna, minha irmã Nicácia e minhas tias Jô e Eulália, pelo apoio a meu projeto acadêmico. Pelo inestimável esclarecimento de meu orientador, Luiz Fernando Dias Duarte, que tem me acompanhado desde o mestrado, faltam palavras para agradecer. Agradeço pelas sugestões e o debate dos professores participantes da banca de doutorado e de bancas de qualificação anteriores: Claudia Fonseca, Jane Russo, Eduardo Viveiros de Castro, Gilberto Velho e Aparecida Vilaça. Muito de minha formação devo ao trabalho de professores e funcionários do PPGAS, Museu Nacional. Dentre os colegas de luta acadêmica, destaco os que colaboraram com sugestões e leram partes deste texto: Rachel, Miriam, Diana e Bernardo, entre tantos a quem devo amizade. Devo gratidão pelo apoio dos amigos da Igreja Metodista do Catete. Agradeço a Ana e Luciana, cujo auxílio doméstico me liberou para escrever, e a meus primos Mônica, Jair e Dorcas, que me hospedaram durante o trabalho de campo em São Paulo. Este livro não existiria sem a acolhida dos informantes, cujos nomes omito por dever de sigilo: profissionais de reprodução assistida e infertilidade em diversos centros, e principalmente todas as mulheres que me abriram parte de sua vida, a fim de que cumprisse minha investigação.

Dedico este livro a minha mãe, Gediael, e minha tia Maria, que já partiram.

Dedico a Sidney, meu amado Branco, que me ajudou desde a redação e suportou comigo por longos anos esse extenuante processo de pesquisa e escrita.

*A autora*

# Introdução

## Cenas e Interrogações

Conversas possíveis no saguão de um serviço público de reprodução assistida: "Você vai fazer que tratamento?"; "Estou começando, o meu é coito"; "Eu vou fazer inseminação, tenho ovário policístico"; "E você? Proveta: liguei as trompas"; "Comigo é ICSI, minhas trompas são entupidas e meu marido tem problema".

JC é uma menina planejada nascida nos EUA: os óvulos e o sêmen para sua concepção vieram de doadores anônimos e uma 'barriga de aluguel' a gestou. Quando nasceu, o casal que a planejou havia acabado de se separar. Quem são os pais de JC?

A ovelha Dolly tem pais? E se um casal, após tentar todos os tratamentos sem êxito, quiser fazer um filho clone? Embrião humano congelado é gente? Deve-se legalizar a pesquisa com embriões humanos?

Todas essas situações e perguntas envolvem as novas tecnologias reprodutivas ou a clonagem. Reprodução assistida ou novas tecnologias reprodutivas são procedimentos que substituem a relação sexual para a procriação. Após o êxito em criar recursos médicos visando ao sexo sem reprodução, tem-se agora a reprodução sem sexo. A pesquisa sobre clonagem só foi possível após o desenvolvimento dessas técnicas. Novo objeto da antropologia, renovando os clássicos estudos de parentesco, as novas tecnologias reprodutivas são um assunto polêmico que desperta reações de grupos com posições e interesses distintos.

Objeto de intenso debate em saberes eruditos como o direito, a bioética, a psicanálise, além de ser uma importante preocupação para pesquisadoras feministas e para a Igreja católica, as novas tecnologias reprodutivas ultrapassam os saberes eruditos. A exibição da novela *Barriga de Aluguel* pela Rede Globo, em 1989, foi o primeiro momento de exposição contínua do tema para o grande público brasileiro. Diversas tramas passaram, desde então, a mostrar situações de 'inseminação artificial'. Além da abordagem jornalística e da ficção, investigação anterior mostra múltiplas e variadas menções ao tema (Luna, 2000), tanto em termos de humor como do que poderia se chamar de colunismo social, relatos sobre celebridades da mídia como o jogador de futebol Pelé, a apresentadora de tevê Sílvia Popovic e o casal de âncoras do *Jornal Nacional*

da Rede Globo, William Bonner e Fátima Bernardes, que venceram a infertilidade por meio das técnicas de reprodução assistida, tendo seus trigêmeos de proveta. Por outro lado, surgiam, regularmente, especulações e fofocas sobre o processo de geração de filhos do cantor Michael Jackson, e da apresentadora Xuxa, como se a sexualidade estivesse ausente de seus relacionamentos.

A reprodução assistida atinge parcela insignificante da população. Por que motivo pesquisá-la? A pesquisa sobre novas tecnologias reprodutivas se faz relevante em um contexto de valorização social da fertilidade e de importância da constituição da família. Em termos simbólicos, as tecnologias de procriação alteram teorias da concepção, representações de pessoa e parentesco vigentes. Com a clonagem da ovelha Dolly, agravaram-se as expectativas futuristas de uma invasão generalizada da tecnologia no âmbito da reprodução humana, o que transformaria totalmente os padrões vigentes de família (Edwards, 1999).

Um marco da difusão de tecnologias de procriação para o imaginário popular ocorreu com a publicação do livro *Admirável Mundo Novo* (*Brave New World*), de Aldous Huxley, em 1932. Na época, o livro divulgou pesquisas de ponta sobre a embriologia no contexto ficcional de uma sociedade totalitária do futuro em que toda reprodução humana passaria por mediação tecnológica. A fertilização *in vitro* com gametas obtidos de porções de ovários e testículos retirados do seu doador e a ectogênese (gestação em útero artificial) seriam a nova regra para reprodução humana. Os seres humanos se originariam de linhagens distintas, conforme o procedimento utilizado para sua geração. As linhagens superiores, correspondentes a uma elite social, seriam alfa e beta. Nestas, cada indivíduo viria de um embrião. Nas linhagens inferiores, gama e delta, o embrião formado passaria por um processo de fissão gemelar que permitiria, de um óvulo fecundado, a divisão em até 96 embriões. A cada linhagem corresponderia um estrato social específico. O tom de pesadelo imaginado por Huxley, no romance, se repete nas representações sobre a intervenção científica no processo reprodutivo e as conseqüências sociais daí advindas: eugenia e uma sociedade de castas produzidas biologicamente, sem família nem parentesco. Os recentes avanços técnicos da medicina de reprodução humana e sua difusão para pessoas com dificuldades para ter filhos têm reavivado essas representações sobre uma sociedade futura com a substituição de instituições sociais consideradas fundantes, como a família, pela aplicação da tecnologia. Este estudo a respeito das novas tecnologias reprodutivas se insere na esfera das representações sociais sobre a reprodução humana.

Como chamar essas técnicas? No meio médico, a designação corrente é "técnicas de reprodução assistida" (Speroff, Glass & Kase, 1995); na análise do tema pelas ciências humanas e sociais, e por pesquisadoras de orientação feminista, designou-se o objeto primeiramente como "novas tecnologias reprodutivas" (Strathern, 1992b; Tubert, 1996; Corrêa, 2001). Para destacar a continuidade dessas tecnologias voltadas para a concepção com tecnologias anteriores que também intervêm no processo reprodutivo com as de contracepção, a produção mais recente usa a expressão "novas tecnologias

reprodutivas conceptivas" (Scavone, 1996, 1998; Rotania, 2001a; Tamanini, 2003; Grossi, Porto & Tamanini, 2003). Outras autoras usam ainda "tecnologias de procriação" (Edwards et al., 1999a) ou "tecnologias reprodutivas conceptivas" (Diniz, 2003). Rotania (2001a) assinala a articulação das novas tecnologias reprodutivas conceptivas com as tecnologias genéticas e moleculares, nos testes para detecção de anomalias genéticas e cromossômicas. Convencionou-se aqui a expressão 'reprodução assistida' com referência ao contexto médico; em outros casos, designa-se o objeto de análise como 'novas tecnologias reprodutivas' ou 'tecnologias de procriação'. Devido a sua especificidade, a análise da clonagem será tratada em separado.

Mas o que dizem das novas tecnologias reprodutivas as pessoas diretamente envolvidas? Inicialmente, a pesquisa pretendia verificar motivações e vivência de casais engajados em tratamento de reprodução assistida; depois se incluíram os médicos e os embriologistas. Além dos médicos especialistas em reprodução humana, participam das equipes os embriologistas, responsáveis pela parte laboratorial dos procedimentos, uma função crucial na reprodução assistida, bem como profissionais da área de psicologia, enfermagem e serviço social, que integram o atendimento nos serviços públicos de infertilidade. Pretendeu-se, aqui, analisar o discurso biomédico representado pelos profissionais e contrastá-lo com o discurso leigo; verificar se havia concepções e valores comuns.

Desde o final da década de 1990, a experiência da clonagem de mamíferos tem sido associada, na cobertura pela imprensa e no imaginário popular, às novas tecnologias reprodutivas. A despeito dessa representação como fenômenos conjuntos, e de se ter ouvido várias indagações sobre se a investigação em curso tratava de clones, não fazia parte das intenções iniciais da pesquisa incluir essa técnica. Clonagem parecia um procedimento da biotecnologia que dizia respeito aos animais, fugindo ao recorte do objeto reprodução humana. No ano de 2001, com o anúncio do objetivo do especialista Severino Antinori de usar a clonagem para dar filhos a casais inférteis (Luna, 2001a, 2002a), a divulgação das primeiras experiências de criação de embriões humanos para produção de tecidos e o grande sucesso da telenovela *O Clone* na Rede Globo, incluiu-se a clonagem no universo desta investigação. A clonagem deixara de ser um tópico referente a ovelhas para ser um projeto envolvendo seres humanos como material biológico (Luna, 2001a).

No panorama das novas tecnologias reprodutivas ou reprodução assistida, procedimentos da biomedicina que substituem o ato sexual para a concepção, os mais difundidos são a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* ou, popularmente, "bebê de proveta". Qual a diferença entre as técnicas? Na inseminação artificial ou inseminação intra-uterina, injeta-se sêmen pelo colo do útero durante o período fértil. Na fertilização *in vitro* (FIV), colocam-se em contato os gametas (óvulo e espermatozóides), em uma placa de Petri no laboratório e, caso embriões se formem, haverá a transferência destes para o útero. Um desdobramento técnico da FIV é a injeção intracitoplasmática de espermatozóide ou ICSI, tipo de micromanipulação em que se injeta um único

espermatozóide no óvulo, técnica desenvolvida para atender casos graves de infertilidade masculina. Outros procedimentos auxiliares, como a doação de gametas e de embriões, o congelamento e testagem de sêmen e embriões, fazem parte da reprodução assistida. A gestação substituta (barriga de aluguel) é um desdobramento social das técnicas de reprodução assistida.

O que é barriga de aluguel? É a situação em que uma mulher, por meio de técnica de reprodução assistida, concebe o filho com o propósito deliberado de entregá-lo a outra pessoa, ou seja, engravida em favor de alguém. A designação proposta pela Resolução 1.358/92 do Conselho Federal de Medicina é "doação temporária de útero" e, para alguns médicos, "cessão temporária" ou "mãe substituta"; a última expressão, mais comum nos meios acadêmicos, traduz o inglês *surrogate mother*.

Como se constrói o objeto novas tecnologias reprodutivas em distintas áreas do saber? A abordagem pela imprensa sobre avanços da medicina de reprodução humana ocorre em clima de encantamento diante das novas possibilidades abertas pela tecnologia (Teich & Oyama, 1999; Carelli, 2001, Corrêa, 1997; Franklin 1990). Já a análise feita pelas ciências sociais e humanas, pela filosofia e teologia, mostra reserva quanto aos novos procedimentos. A investigação comparativa antropológica relativiza a novidade das técnicas quanto à organização do parentesco e descreve instituições semelhantes em várias sociedades, com a convenção social se impondo sobre o biológico (Héritier-Augé, 1985). A crítica às tecnologias procede, sobretudo, de abordagens psicanalíticas: as técnicas não solucionam a ausência de desejo sexual na geração do filho (Tort, 2001; Tubert, 1996) ou constituem a medicalização do desejo de filhos.

A bioética é um saber que pretende abarcar o campo das ciências da vida com base na crítica à intervenção humana nessa área (Rios et al., 1999; Rotania, 2001c). Esse saber emerge para responder às questões suscitadas pelo desenvolvimento científico e suas aplicações (Barretto, 1999). Já a análise feminista, de um ponto de vista mais sociologizante, enquadra os procedimentos em termos de medicalização da reprodução (Corrêa, 2001; Oliveira, 1998), ou seja, como controles sobre o processo reprodutivo feminino, a partir do desenvolvimento de novas tecnologias.

Em posições normativas, estudos na área da bioética e outros com orientação crítica feminista (que denuncia o controle das mulheres pela tecnologia) têm negligenciado as motivações dessas pessoas como auto-evidentes e mesmo resultantes de uma falsa consciência.[1] Em contraste, a abordagem baseada na antropologia enfoca a experiência das pessoas envolvidas no campo da medicina de reprodução humana. Por que tantas mulheres inférteis buscam esses meios para serem mães por meio da gravidez, em vez de resolver a falta de filhos com a adoção? Por que ter filhos dessa forma, com alto ônus financeiro, riscos e custos físicos e psicológicos? Como experimentam um tratamento que não cura a infertilidade e que proporciona filhos independentemente da relação sexual do casal? Que tipo de vínculo se constitui com filhos gerados desse modo?

É imprescindível investigar entre os usuários da reprodução assistida como definem seus vínculos com os filhos assim gerados. Será que se trata de simples laços genéticos? Caso a conexão de substância hereditária com a prole se revele importante, cabe inquirir se os caracteres que se supõe transmitidos ao filho não se resumem ao biológico, mas abrangem a dimensão moral. Afirma-se a hipótese de que a busca do filho genético está menos relacionada no discurso nativo à necessidade da transmissão de genes, conforme a sociobiologia vulgar (Sahlins, 1976), do que com a expectativa de um sentimento de pertença mais forte a partir do vínculo de substância entre pais e filho.

Na antropologia, a abordagem sobre as novas tecnologias reprodutivas tem como marco teórico mais influente a análise feita por Marilyn Strathern no livro *Reproducing the Future: essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies* (1992b). Parte considerável da problemática analisada por Strathern tem como origem o Relatório Warnock e a legislação da Inglaterra que nele se baseia. Estabelecida pelo governo britânico, entre 1982 e 1984, a Comissão de Inquérito em Fertilização e Embriologia Humanas elaborou o Relatório Warnock. A comissão incluía, principalmente, profissionais da área médica, mas também advogados, assistentes sociais, um psicólogo, um teólogo, tendo a filósofa Mary Warnock como presidente. O comitê formulou sugestões para elaboração de políticas públicas concernentes às novas tecnologias reprodutivas, em particular no tocante à regulamentação das técnicas de reprodução assistida e da pesquisa com embriões. Suas recomendações fundamentam a legislação atual na Inglaterra e servem como o marco referencial na discussão bioética, envolvendo as tecnologias reprodutivas e o estatuto do embrião (Cannell, 1990; Salem, 1997).

Strathern (1992b) escreveu no contexto do debate público surgido por ocasião da aprovação da lei inglesa sobre embriologia e fertilização humana (*British Human Fertilisation and Embriology Act*), em 1990, o debate legislativo que Franklin analisou (1999). Ainda hoje considerada como uma das mais claras e abertas entre os países que regulamentaram a reprodução assistida, essa lei centra-se em dois aspectos principais. O primeiro é a regulamentação das relações de parentesco envolvidas com a aplicação das tecnologias de procriação. A lei estabelece quem deve ser considerado pai e mãe no contexto da possibilidade de doação de gametas e embriões, e de cessão de útero (maternidade gestacional substituta). A lei define também quem tem o direito de acesso aos métodos para ter filhos, ou seja, quem tem direito a tornar-se mãe e pai dessa forma. O segundo aspecto central da regulamentação diz respeito ao embrião humano gerado fora do corpo da mulher na fertilização *in vitro* e responde às seguintes questões: que estatuto se pode atribuir a esse ente? Trata-se de simples material biológico ou de uma pessoa humana? Caso considerado pessoa, quais são os seus direitos? É possível seu uso em pesquisas?

Tais questões não são mera idiossincrasia do meio jurídico, mas assinalam problemas concretos e éticos advindos do surgimento e difusão das tecnologias de procriação como prática social. Percebendo a grande instabili-

dade na simbólica de parentesco ocidental suscitada pelo advento das técnicas, formulo as primeiras questões com base nas proposições de Strathern.

O objetivo da reprodução assistida consiste na geração de filhos. A geração de filhos é objeto da análise antropológica sob dois prismas principais: a teoria de parentesco e a teoria de gênero. Collier e Yanagisako (1987) defendem a análise conjunta das indagações sobre gênero e parentesco, porque, a despeito do desenvolvimento independente das disciplinas acadêmicas, essas áreas resultam da tentativa de compreensão de um mesmo fato: os fenômenos da reprodução biológica e os papéis dali derivados. Aspectos voltados para a parentalidade integram áreas distintas do conhecimento como estudos de gênero e família e a teoria de parentesco, além da área 'psi': os saberes da interioridade do sujeito considerados científicos na cultura moderna, em diferentes linhas da psicologia, psicanálise e psiquiatria. As novas tecnologias reprodutivas, na qualidade de meios para formação de parentela, implicam noções de maternidade e paternidade integrantes da teoria de parentesco, além de noções de feminilidade e masculinidade, objetos das teorias de gênero.

As tecnologias de procriação vêm atender a uma demanda por filhos. "Dá-me filhos, senão morrerei" (Gn 30.1), já diziam matriarcas estéreis nos livros bíblicos. É necessário marcar a diferença entre tais tecnologias e os tratamentos mais convencionais para a infertilidade. Os últimos permitiriam a cura da infertilidade, respondendo a uma causa clínica que, removida, daria a oportunidade de gravidez. Já procedimentos como a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* visam a gerar crianças para quem não pode tê-las, contornando causas que nem sempre teriam caráter patológico. Além da oportunidade de gravidez para casais heterossexuais na faixa etária reprodutiva, essas tecnologias de procriação podem dar filhos a pessoas cujo impedimento de gravidez seria social, e não clínico. Tal seria o caso de mulheres sem companheiro e casais de homossexuais masculinos ou femininos.[2] Assim, os procedimentos proporcionariam chance de gravidez para pessoas cuja vida sexual não é reprodutiva. As tecnologias permitiriam a procriação, contornando a relação sexual indesejada por meio de recursos técnicos como a doação de sêmen para as mulheres e o auxílio de uma mulher disposta a ser gestante em favor de homossexuais masculinos. A doação de óvulos pode servir também a mulheres que já passaram da idade reprodutiva, isto é, da menopausa. Aconselha-se clinicamente o recurso à doação de gametas para pessoas dotadas de síndromes genéticas transmissíveis pela reprodução. Nesse caso, há também a opção do exame dos embriões criados por fertilização *in vitro* ou ICSI antes da transferência para o útero, com o diagnóstico genético pré-implantação ou PGD (Teich & Oyama, 1999). Existe a possibilidade de criopreservação (congelamento) de embriões quando há formação de um número grande, superior ao que se pode transferir imediatamente para o útero. A criopreservação de embriões permite a transferência destes após encerrado o ciclo de fertilização *in vitro*, caso os usuários queiram tentar novamente, o que estende no tempo a possibilidade reprodutiva daquele ciclo. Não havendo interesse por parte dos fornecedores dos

gametas, podem-se doar os embriões. De modo geral, as novas tecnologias de procriação aumentam significativamente o alcance da escolha na área reprodutiva, uma área considerada pertencente ao domínio da contingência natural. Muitas críticas levantam-se com respeito a uma dimensão excessiva de controle humano ou artificial que contraria o que se percebe como 'leis da natureza'.[3]

As novas tecnologias reprodutivas estão em continuidade com outros processos também de controle e domínio da reprodução natural. O primeiro deles é o dos procedimentos de contracepção que separam a atividade sexual – heterossexual no caso – da procriação. Assim é possível sexo sem reprodução, ênfase da pesquisa na área reprodutiva até a década de 1960, com a conquista social que foi o advento da pílula como método anticoncepcional seguro (Scavone, 1998). A pesquisa volta-se, nos anos 70 do último século, para resolver a infertilidade (Wit & Corea, 1991). Entre as inovações propostas, estão tratamentos que permitem a reprodução sem sexo. Aí se enquadram as tecnologias de procriação.

Embora sem o ato sexual, as tecnologias de procriação são uma forma de reprodução sexuada, por envolverem necessariamente a junção de gametas femininos e masculinos, ou seja, a mistura de material genético de procedência masculina e feminina e possibilidade de incremento da diversidade biológica da espécie. A última novidade na intervenção científica na reprodução seria a volta da reprodução assexuada na espécie humana, conforme já se obteve em algumas espécies animais superiores com a clonagem. A clonagem consiste na replicação de um indivíduo. Pode ocorrer espontaneamente, no estágio embrionário – caso da geração de gêmeos idênticos. O desenvolvimento técnico alcançado entre mamíferos com a ovelha Dolly é a clonagem a partir de células somáticas de um animal adulto, isto é, com o DNA amadurecido, reunidas a um óvulo enucleado (sem núcleo), formando um novo embrião. A clonagem dispensa a presença do espermatozóide, mas é impossível sem o óvulo (Rumjanek, 2001; Zatz, 2002; Ciência Hoje, 2001; Pesquisa Fapesp, 2002).

Voltando às tecnologias sexuadas de procriação, defendo a hipótese de que a dispensabilidade do ato sexual para a concepção as afasta da compreensão dos tratamentos convencionais para infertilidade, implicando uma carga valorativa específica. A questão fundamental é verificar de que modo essas tecnologias incidem sobre o processo de formação de parentesco. Ao deslocar o ato reprodutivo da esfera da intimidade do casal para o âmbito do laboratório (Novaes & Salem, 1995), o uso de tais tecnologias propicia o surgimento de novos significados, ora desestabilizando, ora reforçando noções de pessoa humana e de parentesco, características da cultura ocidental moderna. No Brasil das metrópoles Rio de Janeiro e São Paulo – o contexto maior desta investigação –, apresentam-se versões particulares dessa grande matriz cultural.

Esta pesquisa tentou apreender possíveis variações nesse horizonte de significados, por meio da observação etnográfica e de entrevistas com usuárias de serviços públicos e privados de reprodução assistida, ou de tratamento convencional de infertilidade, e de profissionais dessas equipes. É possível avaliar

a existência de diferentes graus e tipos de adesão às versões dominantes da cultura ocidental moderna, no tocante a teorias da concepção e percepções nativas de pessoa, parentesco e família – foco desta investigação –, com base no discurso dos envolvidos. Outros materiais considerados para análise são oriundos da observação etnográfica de congressos e eventos similares relacionados à reprodução assistida e à clonagem, e a abordagem ficcional de *O Clone*. No concernente a essa telenovela, explora-se a recepção da trama por usuárias de serviços de fertilidade.

A abordagem antropológica das teorias da concepção e de noções nativas de parentesco e pessoa propicia um afastamento da cosmovisão ocidental e a colocação de seus valores em perspectiva, ao evocar relatos etnográficos de outras culturas no tocante à reprodução humana. Dessa forma, torna-se possível analisar os valores que envolvem as práticas de reprodução assistida e da clonagem, tomando as representações do senso comum como objeto de estudo e não como a própria explicação. Uma das minhas intenções é enfocar a ciência na qualidade de parte constitutiva da cosmovisão ocidental. Quero também discutir de que forma as opções pelo tratamento de reprodução assistida e a própria linguagem de eficácia e de risco, utilizada por médicos, pacientes e analistas sociais, fazem parte de um contexto de encantamento pela ciência, o que se concretiza no exemplo da medicina de reprodução humana. O eixo em torno do qual as questões são articuladas para análise são as teorias da concepção e as noções nativas de pessoa e de parentesco; um eixo que, por sua vez, se articula com os temas da família, da corporalidade e da medicalização. O conjunto de temas aqui analisado relaciona-se com a oposição fundamental entre Natureza e Cultura.

## Notas

1 Stolcke (1991) qualifica o caso como “obsessão por ter filho do próprio sangue”, oriunda de velhos princípios eugenistas. Os procedimentos permitiriam realizar o desejo da paternidade biológica por meio da maternidade tecnológica. A autora parece explicar o desejo de realizar a maternidade biológica, com recurso às tecnologias de procriação, em decorrência da adesão das mulheres aos valores da dominação masculina.

2 Strathern (1995a) analisa o caso de mulheres virgens sem parceiro que recorrem à inseminação artificial com doador. Sobre a centralidade da sexualidade reprodutiva quanto à formação de famílias a partir de casais homossexuais, ver Hayden (1995).

3 Hirsch (1999) analisa tais representações de escolha excessiva e da expectativa de respeito a leis percebidas como naturais no tocante à recepção das novas tecnologias reprodutivas na Inglaterra.

# 1

# O Campo de Pesquisa

*Nós não somos neandertais!*
Médico

*Antropóloga é antropófaga?*
Usuária de serviço público de reprodução assistida, 40 anos

## As Dificuldades de Entrada no Campo

No início do doutorado em 2000, tentei localizar, por meio da técnica de rede (Bott, 1976), mulheres ou casais que tivessem passado por tratamento de reprodução assistida. O recurso revelou-se pouco efetivo. Havia vários pontos em jogo: primeiramente, não se oferece a reprodução assistida no serviço público do Rio de Janeiro, o que reduzia o número das informantes potenciais às pessoas atendidas em clínicas particulares. Houve também indicações equivocadas de mulheres que fizeram tratamento convencional de infertilidade, confundido com reprodução assistida.

Uma barreira de silêncio que cercava os usuários da reprodução assistida constituía obstáculo ao trabalho de campo. Esse silêncio é comparável à prática de segredo acerca da adoção (Costa, 1988). O segredo da adoção envolve relações de evitação com a família de origem da criança adotada, com o objetivo de promover a transferência total da criança para a nova família e ruptura com os laços genealógicos. No caso da reprodução assistida, pode-se usar o segredo para fazer esquecer o uso da tecnologia na concepção da criança, um procedimento reprodutivo considerado por alguns estigmatizante (Goffman, 1975). As primeiras usuárias entrevistadas assumiam publicamente o tratamento, o que pode ser considerado uma postura desviante, se levadas em conta as dificuldades encontradas para o contato. Mulheres cujas tentativas de reprodução assistida foram mal-sucedidas recusavam a entrevista.

A partir daí, formulei outra estratégia de acesso a profissionais da reprodução humana e seus usuários, a qual recorria aos hospitais do serviço público. Em janeiro de 2002, procurei o Ambulatório de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), onde eu já havia entrevistado um médico, expliquei meu projeto e tratei dos arranjos para autorização para realizar parte da pesquisa de campo ali. Em março do mesmo ano, viajei para São Paulo e entrei em contato com a Unidade de Reprodução Humana da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), o Hospital das Clínicas da USP e o Hospital Pérola Byington, também com o propósito de entrevistar profissionais e pacientes desses serviços.

Se a via informal de rede teve pouca efetividade, a via institucional apresentou dificuldades específicas. A primeira delas é a estranheza diante de uma antropóloga, profissional desconhecido dentro de uma instituição médica. Fui várias vezes confundida com psicóloga. Muitas pacientes do ambulatório do Instituto de Ginecologia da UFRJ, quando solicitadas para uma pesquisa, perguntavam se eu era psicóloga ou assistente social. Quando pedia para estar presente em reuniões ou observar os profissionais da saúde em ação, encontrei resistência a serem objeto de pesquisa, em vez de sujeitos fornecedores de dados objetivos sobre seus pacientes, estes, sim, objetos. Isso fica patente na exigência do protocolo de consentimento informado por dois dos centros para entrevistar pacientes, procedimento considerado dispensável para entrevistar médicos.

Houve exigências distintas quanto à autorização para pesquisa, aos protocolos de consentimento informado e acesso aos pacientes. Na primeira instituição procurada, o diretor do Ambulatório de Reprodução Humana, conhecido de entrevista anterior, assumiu a responsabilidade por minha pesquisa na instituição e autorizou-me oralmente a iniciar mesmo antes da aprovação do comitê de ética. Por sugestão do diretor do hospital, providenciou-se a confecção do crachá de pesquisadora, o que me fez sentir oficializada na instituição. A aprovação veio com a exigência do comitê de ética em pesquisa de aplicação do protocolo de consentimento informado antes das entrevistas. Procurei o presidente do comitê. Como o diretor do ambulatório e outros médicos consideravam desnecessário o consentimento informado para meu tipo de pesquisa, por não envolver testagem de medicamentos nem procedimentos clínicos, essa prática não chegou a se efetivar.

No final de março, fiz a primeira aproximação com os três centros em São Paulo. No primeiro deles, fui recebida por uma psicóloga contatada em eventos da área. Ela me questionou até vencer a desconfiança. Após esse rito de passagem, deixou-me entrevistá-la e me apresentou a outros profissionais da casa, facilitando minha escala de entrevistas. No segundo serviço, falei

com o coordenador do Núcleo de Esterilidade. Após um intervalo para avaliar meu projeto e apresentá-lo ao diretor da Reprodução Humana, fui autorizada a iniciar. Ao chegar em campo, descobri que outras pessoas da equipe que coordenava o serviço não tinham sido avisadas sobre a pesquisa, ficando bastante desconfiadas da minha presença, o que me trouxe problemas. Em minha terceira visita, o diretor do Centro de Reprodução Humana solicitou-me que encerrasse as atividades de pesquisa ali, pois eu estaria criando problemas com os médicos e pedindo para entrar em espaços indevidos: as pacientes eram muito sensíveis e eu as influenciava com as minhas perguntas.

No último hospital, obter a autorização para pesquisa foi um processo burocrático com dificuldade de me enquadrar. Falei pessoalmente com o diretor da Reprodução Humana, que me encaminhou ao Comitê de Ética em Pesquisa. Enviei o material solicitado: projeto, currículo e diversos formulários, inclusive o do protocolo de consentimento informado. O comitê local avaliou e enviou um dos formulários para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (Conep/CNS). Trata-se de uma instância de regulação dos assuntos éticos referentes ao desenvolvimento de pesquisas com base na Resolução 196, que estabelece diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil (Rede Feminista de Saúde, 2003).[1] Vinda a autorização após cinco meses, nenhum regulamento do hospital contemplava minha atividade de pesquisadora, por não ser profissional da área da saúde, o que me impedia de obter o crachá para circular. A solução foi pedir um crachá de visitante, processo que levou mais dois meses, até novembro.

## Os Perfis dos Centros de Atendimento à Infertilidade

Acompanhei um serviço de atendimento à infertilidade por um ano com vários intervalos para visitas mais breves em outros centros fora de minha cidade de residência. A observação etnográfica descortinou pontos comuns no atendimento da reprodução assistida em serviço público, mas também especificidades de cada centro, constituindo um *ethos* próprio (Velho, 1987, 1998). Traço um perfil de cada serviço em que houve observação e entrevistas com profissionais. Todos os centros têm ligação com o serviço público. O primeiro oferece atendimento convencional para infertilidade no Rio de Janeiro dentro de uma instituição universitária, onde se fez a maior parte da observação, inclusive de atendimento ambulatorial. Houve visitas a três centros com serviço de reprodução assistida em São Paulo, dois dos quais também ligados a universidades. A particularidade de cada centro envolve os métodos ofereci-

dos, o ônus para o paciente, o perfil de clientela, a descrição das instalações e sua autonomia ou englobamento por instituição mais ampla.

### Instituto de Ginecologia da UFRJ: o velho hospital fora da universidade

O Instituto de Ginecologia da UFRJ, situado no Hospital Moncorvo Filho, foi o serviço onde permaneci mais tempo fazendo trabalho de campo: de janeiro de 2002 a janeiro de 2003. O atendimento do Instituto de Ginecologia ocorria em dois ambulatórios: a reprodução humana e o ambulatório geral nos fundos, havendo também atendimento cirúrgico no andar superior. Minha participação se restringiu ao Ambulatório de Reprodução Humana, nos três dias escalados para esterilidade. Nesse ambulatório também havia atendimento clínico de gineco-endocrinologia, contracepção, menopausa e infanto-puberal, bem como de sexologia para a parte psicológica. Pertencendo a uma universidade, o Instituto de Ginecologia tinha residentes e recebia internos, os graduandos dos três últimos períodos da Faculdade de Medicina, ali treinados. Tive chance de observar a assimilação das técnicas corporais (Mauss, 1974a) no aprendizado de exames pelos internos.

O Instituto de Ginecologia oferecia tratamento convencional para esterilidade, sendo o único centro de referência no serviço público do estado. Oferециam-se exames diagnósticos como histerossalpingografia, laparoscopia, histeroscopia, ultra-sonografias e diversos tipos de cirurgia. Já se fez inseminação artificial por iniciativas individuais dos médicos, mas nunca houve um programa regular.[2] Verificou-se bastante procura pelo serviço de esterilidade, que atendia principalmente mulheres das camadas populares, mas também pessoas de segmentos inferiores das camadas médias desiludidas com os serviços dos planos de saúde ou atraídas pela possibilidade de ganhar a onerosa medicação. Medicamento gratuito era escasso. A diferença do atendimento ali, quanto a outros serviços públicos e privados, era o investimento no diagnóstico da esterilidade. Após a anamnese, em que se obtinha a história clínica da paciente, encaminhava-se o marido ou companheiro para fazer o espermograma. Condicionava-se a continuidade do atendimento dela à apresentação do resultado do exame. Até 2001, o espermograma era gratuito, feito em laboratório conveniado, porém, com o término do convênio, os pacientes passaram a pagar o exame. Constatando-se alteração, encaminhava-se o marido para o setor de Urologia do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (Iede) no mesmo prédio, onde se fazia o exame gratuitamente. Somente depois da alta do andrologista, a esposa prosseguiria o tratamento. Havia intercâmbio entre o andrologista do Iede e a equipe da reprodução humana.

O serviço de esterilidade limitava o atendimento a mulheres casadas – união estável – há pelo menos dois anos, tendo relações sexuais desprotegidas

para engravidar. A idade máxima de ingresso no serviço era de 37 anos. A imposição desse limite era recente e tinha referência externa. Explicava-se que os serviços públicos de infertilidade que ofereciam tratamentos efetivos para os casos mais graves, isto é, fertilização *in vitro*, só aceitavam a inscrição de mulheres de até 37 anos. O serviço naquele momento havia cessado de fazer a cirurgia plástica tubária para reversão de laqueadura, com uma única exceção feita para uma paciente que sofrera laqueadura tubária sem seu conhecimento nem consentimento. Os critérios de exclusão foram oportunidade para entrevistas, em particular com mulheres laqueadas encaminhadas para fazer fertilização *in vitro* em São Paulo no Hospital Pérola Byington ou no Hospital das Clínicas. Por outro lado, aceitavam-se as pacientes com obstrução tubária de qualquer outra etiologia para operação sem restrições, desde que em união estável e dentro da idade-limite.

Ao longo do ano de 2002, o protocolo do serviço sofreu mudanças. A princípio, após trazer o espermograma normal do marido, a mulher passaria por uma histerossalpingografia para avaliar o estado de suas trompas e útero. Em seguida receberia indução hormonal leve com citrato de clomifeno, um medicamento oral, por três meses. Depois se mudou a rotina para induzir a ovulação com citrato de clomifeno por três meses e, caso não houvesse gravidez, marcar a histerossalpingografia (HSG). A justificativa era usar a indução como se fosse um teste e, de fato, algumas pacientes engravidaram apenas com essa medida. No final do ano, introduziram monitorização da ovulação por meio de ultra-sonografia (USG) como recurso para acompanhar a indução, fazendo-se o coito programado. O ponto de estrangulamento estava na carência de médicos que soubessem fazer a HSG. Como o exame só podia ser realizado imediatamente após o término da menstruação, muitas mulheres retornavam por meses seguidos, sem que houvesse a vaga para fazer a HSG. A facilidade de acesso a certos exames variava de acordo com a disponibilidade de mão-de-obra qualificada. A freqüência do médico ultra-sonografista de apenas duas vezes por semana impedia tratamentos como o coito programado e a inseminação artificial, por causa da impossibilidade de monitorar o ciclo ovulatório.

Três médicos voluntários coordenavam o trabalho cotidiano do Ambulatório de Reprodução Humana. Trabalhavam sem remuneração, na expectativa de poder regularizar o emprego. Esses médicos orientavam o trabalho de residentes e internos. Constantemente falavam da necessidade de o médico ter interesse em se desenvolver e elogiavam as oportunidades de aprendizagem que tinham ali, por ser um hospital de referência.

No Instituto de Ginecologia, houve oportunidade de observar o atendimento ginecológico básico e a importância da investigação. Além das entrevistas, foi

possível presenciar consultas e mesmo alguns exames. Nas consultas, comumente mulheres se queixaram do atendimento inadequado em outros lugares, onde o médico prescrevia medicação sem investigar o problema nem chegar ao diagnóstico. O espaço se dividia em três segmentos: uma sala de espera no centro; de um lado, seis saletas com divisórias para as consultas de ginecologia, e salas nos fundos para o exame físico. Eram duas salas com aparelhagem de ultra-sonografia, duas com mesas ginecológicas, além de uma sala com o negatoscópico para ver radiografias, microscópio e uma balança, e por fim a sala da enfermagem, onde se guardavam os instrumentos para os exames.

Destaco, como ponto positivo, a minha integração à equipe, o fato de rapidamente sentir-me em casa. Recebi agradecimentos quando encerrei o trabalho de campo ali por ter ajudado a lidar com as pacientes. Se a rotina era encaminhar pacientes problemáticas para o atendimento na Psicologia, eu era um recurso presente para lidar com esses casos.

### Setor Integrado de Reprodução Humana da Unifesp: a casinha e a universidade

A Unifesp é mais conhecida como a "antiga Escola Paulista de Medicina" e, por referência, ao Hospital São Paulo. O Setor Integrado de Reprodução Humana fica em uma casa de dois andares em rua adjacente ao hospital. No andar térreo há a recepção, uma sala de espera e a sala da enfermeira, que tanto pode servir de passagem como se fechar para consulta. A sala de reuniões fica nos fundos. No andar de cima, há dois consultórios com mesas ginecológicas e um aparelho de ultra-sonografia.

Na casa se procedia à parte ambulatorial do serviço de reprodução assistida: triagem dos casais, consultas, sessões de ultra-sonografia, alguns exames como biópsia de endométrio. A equipe multidisciplinar contava com quatro médicos urologistas, dois ginecologistas, um endocrinologista, uma enfermeira graduada, duas biólogas, um veterinário, uma psicóloga, um bioquímico, um farmacêutico, uma auxiliar de enfermagem e dois auxiliares de escritório. Os médicos mais jovens da equipe fizeram o treinamento para reprodução assistida no próprio setor. A parte de laboratório e atendimento cirúrgico ficava no hospital. Ao se marcar um compromisso, os integrantes da equipe perguntavam: no hospital ou na casinha? Ocorriam reuniões semanais no hospital para discussão de casos clínicos com toda a equipe, alunos do mestrado e doutorado da Unifesp com pesquisa em reprodução humana, além de residentes. Entre os integrantes da equipe, também havia pesquisadores da área. A produção científica da equipe favorecia a obtenção de financiamentos, afirmou a enfermeira, que já publicara artigos. O veterinário era doutorando da Unifesp: após ter investigado reprodução animal no mestrado, enfocava a reprodução humana.

Havia "divisão do trabalho" baseada em gênero no setor. As duas biólogas trabalhavam com o sêmen – espermogramas, capacitação do sêmen. Já o veterinário ocupava-se com os óvulos – coleta do líquido aspirado nos folículos, seleção de óvulos – e com o processo laboratorial da fertilização *in vitro* e cultivo dos embriões. Outra oposição de gênero dizia respeito às especialidades. A fundação do serviço de reprodução assistida ocorreu por iniciativa de um médico urologista e um endocrinologista especializado em foliculogênese dos ovários. Conforme os relatos e a predominância de urologistas na equipe, percebi que o Setor Integrado de Reprodução Humana não se estabeleceu com base nos serviços de ginecologia do hospital.[3] O próprio nome "setor integrado" salienta a associação de ginecologia e urologia, sendo o único dos serviços visitados com dois coordenadores: um urologista e um ginecologista. É o serviço em que mais se enfatizava o médico de reprodução humana como aquele que trata o casal, o homem e a mulher, negando-se uma divisão de trabalho entre os urologistas e ginecologistas da equipe. Todos os médicos fariam exame físico tanto na mulher como no homem, cirurgias e outros acompanhamentos, o que gerou embaraços para uma ginecologista. Ela alegou o constrangimento dos pacientes quando ela fazia o exame físico urológico, por a urologia ser uma especialidade em que só havia praticamente médicos, ao contrário da ginecologia, em que há equilíbrio entre homens e mulheres. Embora se negasse a divisão de trabalho, os urologistas do setor atendiam no ambulatório de urologia do hospital, ao passo que os ginecologistas faziam laparoscopia nas mulheres.

O serviço oferecia os tratamentos de coito programado, inseminação intra-uterina e fertilização *in vitro* (FIV), com expectativa de aquisição do microscópio com micromanipulador ainda naquele ano para injeção intracitoplasmática de espermatozóide (ICSI). A despeito de o hospital ter um laboratório de criopreservação, havia a política de não oferecer o congelamento de embriões. O setor já trabalhara anteriormente com doação de sêmen, obtido no banco do Hospital Albert Einstein ou importado, além de ter um programa de ovodoação, práticas suspensas no momento da investigação.

O setor era centro de excelência na oferta de cirurgias de recanalização tubária – reanastomose – e de reversão de vasectomia, contrastando com os outros serviços pesquisados que raramente ofereciam a oportunidade da primeira cirurgia e não contemplavam a segunda. Seus usuários tinham de pagar o que não fosse coberto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No caso das cirurgias de recanalização, o paciente tinha de adquirir um fio cirúrgico especial diretamente com os distribuidores, na época – março de 2002 – por cerca de mil dólares. Os usuários também adquiriam os medicamentos para fertilização

*in vitro* nos laboratórios, custando em torno de dois mil reais – cerca de setecentos dólares então –, um valor variável, conforme a resposta da paciente ao estímulo. Cobrava-se uma taxa de laboratório de mil reais para fertilização *in vitro*. Frisavam-se esses custos na primeira reunião com casais na triagem, para evitar casos em que os pacientes completavam a bateria de exames diagnósticos, mas não tinham como pagar a medicação para o procedimento, situação considerada de desperdício de recursos públicos com os exames. Alertados, alguns casais desistiam de iniciar o tratamento. Em 2002, estabeleceu-se a idade-limite de 34 anos para o ingresso das pacientes mulheres. Justificava-se esse limite baixo pelo tempo despendido na fila, nos exames diagnósticos, bem como pela necessidade de recorrer à ICSI para a maioria das mulheres após os 35 anos, uma técnica não oferecida ali.

### Hospital Pérola Byington: atendimento em massa no centro de referência para a mulher

O Hospital Pérola Byington pertence à rede estadual de saúde em São Paulo: criado originalmente como Centro de Referência em Saúde da Mulher, do Adolescente e do Infante (CRSMNADI), posteriormente concentrou suas atividades no atendimento ginecológico. O serviço de esterilidade existe desde 1991 (Barbosa, 1999). O Núcleo de Esterilidade integrava a Divisão de Reprodução Humana, da qual fazia parte ainda um serviço de gineco-endocrinologia, que atendia principalmente mulheres no climatério. Um médico fundador do serviço conta que, desde 1990, começaram os casos de fertilização *in vitro*, e o início da organização do serviço data de 1988. Em 1999, inaugurou-se o novo laboratório do centro de reprodução humana, contando com o micromanipulador para ICSI. Segundo o coordenador do núcleo de esterilidade, estudava-se o projeto de programa de doação de óvulos e se intencionava a oferta de diagnóstico genético pré-implantação do embrião, em associação com um laboratório de genética ou montando-se um novo. O atendimento ambulatorial de esterilidade no Hospital Pérola Byington trabalha em conjunto com um posto de saúde nas imediações. No posto, faz-se a triagem dos candidatos ao atendimento, primeiros exames, a reunião com o casal. Definido o diagnóstico, chegando a sua vez na fila de atendimento, os usuários passam a freqüentar o hospital para realizar os procedimentos.

Em um centro de referência em saúde da mulher com atuação no tratamento de câncer ginecológico, a implantação tardia de um serviço de esterilidade se reflete nos espaços disponíveis. O atendimento à esterilidade situava-se no quarto andar do hospital, ocupando os dois extremos. Em um extremo, havia o atendimento ambulatorial e a parte de secretaria. No outro extremo, ficavam o

laboratório e o centro cirúrgico. Entre esses dois extremos havia quatro enfermarias para o atendimento geral de ginecologia. Essa divisão implicava situações curiosas: no dia da punção de ovário, pequeno procedimento cirúrgico, era necessário internar as pacientes em enfermarias do sétimo andar para depois descer ao quarto andar, onde se realizava o procedimento, e subir novamente para o sétimo.

As reuniões do núcleo de esterilidade ocorriam no auditório do hospital. O corredor e uma sala adjacente serviam de sala de espera para o atendimento ambulatorial. Essa parte compreendia: uma sala de enfermagem onde se aplicavam os medicamentos; a secretaria onde o coordenador atendia e fazia o cadastro da pacientes, agendando os atendimentos e dando alta; uma sala com duas mesas ginecológicas, para a inseminação intra-uterina; a última sala com dois aparelhos de ultra-sonografia. Na sala de inseminação, havia um armário contendo os frascos para coleta de sêmen e revistas para estimulação. Era ali a entrada para o banheiro das pacientes, o espaço de os "maridos" se estimularem para a coleta. O furto de três transdutores de ultra-sonografia do hospital, restando um, acarretou sobrecarga de trabalho e aumento da espera; posteriormente, um foi reposto.

No outro extremo do andar, ficavam o laboratório e o centro cirúrgico de "acesso restrito a funcionários". Havia uma primeira sala com arquivos e um vestiário para trajar a roupa esterilizada antes de entrar no laboratório. A outra porta dava para o centro cirúrgico – sala com duas mesas ginecológicas – e para o laboratório propriamente dito. Este era o 'Santo dos Santos': seu acesso era extremamente restrito e nunca pude vê-lo. Uma das gafes de minha primeira visita foi perguntar se poderia conhecê-lo, o que me valeu severa repreensão. A médica coordenadora do laboratório advertiu-me que não passasse na sala de acesso para chamar as embriologistas, porque eu poderia "passar infecção".[4] Vale a análise de Douglas (1976) sobre pureza e poluição, envolvendo um sistema de ordenação e classificação das coisas. A obtenção de ordem relaciona-se à rejeição de elementos inapropriados como uma antropóloga – um corpo estranho – em um laboratório.

A equipe era multidisciplinar, com grupos menores de esterileutas, cirurgiões e andrologistas. Os primeiros eram ginecologistas, e os últimos lidavam com a parte ambulatorial e cirúrgica da infertilidade masculina. Havia também a equipe de embriologistas – designada "as biólogas" –, técnicos e auxiliares de enfermagem e o pessoal administrativo. Naquele ano, uma psicóloga que atendia no posto passou a atender também no hospital e começou a participar das reuniões da esterilidade. Havia divisão do trabalho das auxiliares de enfermagem, em que duas ou três atuavam mais constantemente no laboratório,

enquanto as demais prestavam assistência mais geral, com distribuição e aplicação de medicamentos, preparo dos pacientes na mesa para atendimento. Encarregava-se o único técnico de enfermagem homem de assistir os maridos no dia da coleta de sêmen. Além disso, o centro oferecia anualmente vagas para estagiários em reprodução humana, que teriam formação teórica e prática na esterilidade e na gineco-endocrinologia. Em 2002, os estagiários do ano anterior continuaram atendendo no serviço como colaboradores voluntários. O centro recebia residentes de universidades em intercâmbio.

O Núcleo de Esterilidade do Centro de Reprodução Humana oferecia tratamentos de alta e baixa complexidade: coito programado, inseminação intra-uterina, fertilização *in vitro* e ICSI, com laboratório para criopreservação de embriões, além de realizar cirurgias ginecológicas. Embora oferecesse cirurgia para reversão de laqueadura, geralmente para mulheres jovens, abaixo dos 25 ou 28 anos, essa prática caíra em desuso. A justificativa era o desperdício de recursos públicos, pois dificilmente a cirurgia tinha êxito e, sem gravidez, em dois anos as usuárias voltavam para fazer fertilização *in vitro*.

O Hospital Pérola Byington oferecia atendimento completamente gratuito, inclusive a medicação subvencionada pelo estado. Dada a enorme procura e incerteza quanto à eficácia dos métodos, aceitava-se a inscrição de usuárias com até 37 anos incompletos e limitava-se o número de chances por procedimento: três de coito programado, três de inseminação intra-uterina e duas de fertilização *in vitro* ou ICSI. Sendo um centro de referência, a procura era principalmente por inseminação e FIV ou ICSI, pois a maioria dos problemas básicos recebia atendimento de ginecologistas clínicos em outras unidades. Programavam-se trinta ciclos mensais de fertilização *in vitro* ou ICSI e um número semelhante ou ligeiramente superior de ciclos de inseminação. Essa programação variava conforme a chegada de recursos para o hospital, em particular a aquisição dos medicamentos importados, além de perturbações como greves.

O trabalho de campo coincidiu com o último ano da administração do governo estadual, o que resultou na falta de medicamento e suspensão de vários procedimentos. O coordenador do serviço explicou às pacientes afetadas que, em função da mudança de governo, não se poderia pedir para adiantar do orçamento do ano seguinte os recursos para aquisição de nova remessa de medicamentos. As pacientes que já estavam com o ciclo de indução avançado puderam optar por cancelar ou adquirir as ampolas para a última aplicação. Outros pesquisadores (Barbosa, 1999) e entrevistados mencionaram alterações no atendimento decorrentes da mudança de governo estadual.

O Hospital Pérola Byington atendia o maior número de pacientes, mas tinha longa fila de espera. Abriam-se as inscrições geralmente uma vez por

ano, por duas semanas a um mês. Em 2002, houve vagas para quatrocentas novas usuárias. Havia um limite diário do número de novas inscritas. Algumas informantes que abriram o prontuário em 1998 e 1999 relatam ter passado a noite na fila para se inscrever, após várias tentativas de chegar de madrugada. Feita a inscrição, o casal era submetido a exames e o tempo de espera dependeria do diagnóstico. As encaminhadas para tratamento de coito programado ou inseminação intra-uterina esperavam poucos meses. Já no caso da FIV ou ICSI, a espera seria de um ano ou um ano e meio em média. A maior parte das entrevistadas do hospital relatou dois anos de espera entre a inscrição e o primeiro ciclo de tentativa de fertilização *in vitro*. Porém, ouvi nas conversas do saguão entre usuárias de inscrição mais recente – dos anos de 2000, 2001 – relatos de esperas de um ano até a primeira tentativa de FIV ou ICSI. Quem tivesse os exames prontos ou "convênio" – plano de saúde – para fazê-los poderia esperar menos: encontrou-se uma usuária laqueada que fora chamada três meses após a inscrição para marcar o ciclo FIV para os meses seguintes. O médico que a atendeu considerou um "recorde" a rapidez da chamada. A cada falha de tentativa, a usuária voltava para cadastro com o coordenador do núcleo e agendava nova tentativa para os próximos meses ou recebia alta.

Além da espera na lista, havia a espera das pacientes em atendimento: após aguardar a vez para a sessão de ultra-sonografia – entre dez e vinte atendidas por turno (manhã e tarde) –, as usuárias enfrentavam nova fila para aplicação dos medicamentos. Até o início daquele ano, as pacientes com a receita buscavam diretamente na farmácia a medicação e a aplicavam em casa, voltando na próxima sessão de ultra-sonografia. Depois, somente as auxiliares e técnicas de enfermagem buscavam a medicação, descendo uma vez por turno, após o atendimento de todas, o que prolongava a espera. As pacientes comentaram que tal mudança deveu-se à descoberta de que uma usuária vendia a medicação, em vez de aplicá-la – conforme o medicamento, uma única ampola pode chegar a quinhentos reais. Nos dias de medicação, a passagem pelo serviço era rápida, mas, nos dias de sessão de ultra-sonografia, entre a chegada e a saída, era possível um intervalo superior a quatro horas. Levando-se em conta que na segunda semana do ciclo de estimulação as sessões de ultra-sonografia ocorriam em dias alternados, ou com o espaço de dois dias, essa perda de tempo afetava as que exerciam atividades profissionais. Algumas usuárias não revelavam a seus empregadores sobre seu tratamento, para evitar sanções. Umas coordenavam o tratamento com escala de trabalho flexível. Outras trocaram o horário para o turno da noite. Algumas deixaram o trabalho para fazer o tratamento. Como a grande concentração é de donas-de-casa, 42% (Barbosa, 1999), a questão do emprego não se coloca igualmente para todas.

Ouvi poucas queixas quanto à demora. A postura geral era de paciência para alcançar os objetivos. Presenciei apenas uma manifestação explosiva contra essas circunstâncias. Uma mulher, aparentemente uma profissional de 30 anos pertencente às camadas médias, ao saber que eu era pesquisadora, perguntou-me se eu ia colocar que elas eram tratadas como lixo (*sic*), que chegavam às seis horas da manhã e ficavam até de tarde, o que as prejudicava no trabalho, que muitas vezes ficavam completamente expostas com dez pessoas em torno falando, que freqüentemente estagiários que não sabiam nada as examinavam, e, por isso, o tratamento dava errado. Em sua opinião, médicos e enfermeiras não percebiam que lidavam com mulheres que não conseguiam engravidar e que estavam ainda mais sensíveis com as aplicações de hormônios. Isso porque elas não tinham dinheiro para pagar o tratamento, mas eram cidadãs que pagavam impostos, merecendo tratamento melhor. Depois do estouro, houve um silêncio constrangido no corredor de espera. As demais nada comentaram. O protesto contrastava com a postura das usuárias e do serviço: mulher que se trata para ter filhos precisa ter paciência, dispor de tempo e largar o emprego.

A grande maioria dos casais inscritos pertencia às classes populares. O desconforto não impedia a procura por casais das camadas médias atraídos pela gratuidade e pelo bom nome do serviço, muitos com a poupança esgotada após tentativas em clínicas particulares. A quase totalidade das atendidas vinha da Grande São Paulo, encontrando-se pacientes do interior do estado e de outros estados. Barbosa (1999), em levantamento estatístico dos atendimentos entre 1993 e 1998, constatou que 87% vinham da Grande São Paulo. Conheci usuárias vindas de Santa Catarina, Rio de Janeiro, Minas Gerais e do interior de São Paulo.

O *ethos* do Hospital Pérola Byington é de tentativa de aliar atendimento de massa e serviços eficientes. Tal era a postura dos profissionais e a representação das pacientes.

### HC-USP: UMA SUBDIVISÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE EXCELÊNCIA

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-USP), a reprodução humana é uma subdivisão da Divisão da Clínica de Obstetrícia e Ginecologia. Um dos médicos mais antigos da divisão relata ter feito ali inseminação intra-uterina com sêmen bruto desde a década de 1960. Por volta de 1986, começaram as primeiras tentativas de fertilização *in vitro* no HC-USP, ainda com a captação de óvulos por laparoscopia em ciclo estimulado. Especialistas provenientes do HC-USP organizaram o serviço de infertilidade do Hospital Pérola Byington.

A subdivisão de reprodução humana ocupava uma sala no andar da divisão de Clínica Ginecológica. Na entrada da sala, havia um pequeno vestiário para as pacientes vestirem o avental. A sala era pequena e abarrotada: uma mesa ginecológica com aparelho de ultra-sonografia, um microcomputador, um mural com fotos dos bebês. Não havia biombo – enquanto um médico examinava a paciente, os demais conversavam em volta.

A equipe de reprodução humana era pequena. Presenciei uma reunião semanal do grupo em que havia cerca de dez médicos, incluindo estagiários, estudantes de pós-graduação e o biólogo. Sem sala de reuniões, o grupo se reuniu na biblioteca. O coordenador acabara de se aposentar compulsoriamente e continuava freqüentando, uma vez por semana, as reuniões do serviço. A equipe compunha-se de ginecologistas especialistas em reprodução humana, com estagiários em formação, e de um biólogo que fazia o tratamento do sêmen e o espermograma. Pretendia-se contratar um embriologista de tempo integral para a fertilização *in vitro*. A assistente social do Ambulatório de Ginecologia até o ano anterior participava da equipe, promovendo juntamente com o biólogo a primeira reunião com os casais. A equipe contava com uma técnica de enfermagem. O serviço de andrologia era de outra clínica do HC e sem intercâmbio com a reprodução humana.

O atendimento no serviço de esterilidade do HC era completamente gratuito, com oferta inclusive dos medicamentos. Os métodos oferecidos eram coito programado, inseminação intra-uterina e fertilização *in vitro*. Não havia laboratório de criopreservação de embriões. Outra subdivisão na Ginecologia fazia a parte de cirurgia.

Para a inscrição no serviço, exigia-se união estável. Quanto à idade para ingresso, suspenderam o limite máximo de 38 anos naquele ano, não vigorando nenhum limite.[5] Excluíam-se as pacientes na menopausa. Era necessário passar pela triagem no Ambulatório de Ginecologia, para fazer os exames diagnósticos que definiriam o encaminhamento para a reprodução humana ou para cirurgia. O HC-USP foi o único hospital que exigia que todos os exames fossem feitos na casa. O serviço tinha então uma lista de espera de trezentos pacientes para fertilização *in vitro*. Dividia-se a fila em duas: a primeira para mulheres sem filhos, e a segunda para as com filhos. Para cada três casos na fila de mulheres com filhos, eles atendiam uma sem filhos. Cada paciente tinha duas chances de FIV; se a primeira tentativa não desse certo, voltava-se para o final da fila. Estimava-se o tempo de espera na fila em dois anos, caso não houvesse mais atraso por falta de material ou greves. Na semana de minha visita, estavam em atendimento pacientes de coito programado e de inseminação. Por falta de meio de cultura nos laboratórios, a fertilização *in vitro* estava suspensa já fazia

quatro meses. Como a verba dependia da Secretaria Estadual de Saúde, a fim de racionalizar os gastos, eles organizavam grupos de 15 para fazer fertilização *in vitro* quando houvesse meio de cultura. Realizavam-se vinte ciclos de inseminação artificial por mês.

A etnografia revela que os quatro serviços têm desenvolvimento bem diferente, embora todos pertençam ao serviço público. O êxito de cada um depende de sua diferenciação e autonomização na instituição de origem. Centros mais antigos com profissionais de excelência fundadores de outros serviços não acompanharam o desenvolvimento dos seus herdeiros. A diferenciação do serviço no espaço sugere algo sobre sua posição de prestígio na instituição. A posição dos serviços no espaço físico de cada instituição é comparável à observação que Bourdieu (1995: 87) faz da casa cabila: “a colocação da casa no espaço geográfico e no espaço social, e sua organização interna, representam um dos ‘lugares’ nos quais se articulam a necessidade simbólica e social e a necessidade técnica”. A posição de cada serviço no espaço físico das instituições não se reduz à necessidade técnica, mas apresenta implicações simbólicas. Outro ponto comum é que todas as instituições, mesmo a única não pertencente a uma universidade, oferecem treinamento e formação, absorvendo profissionais em sua equipe. É a ‘reprodução’ do conhecimento no local das práticas, visto não existirem na universidade cursos formais de especialização ou pós-graduação em medicina de reprodução humana.

## Pacientes e Profissionais da Medicina de Reprodução Humana: os entrevistados

Dois grupos foram entrevistados: usuárias da reprodução assistida e de serviços de infertilidade e os profissionais que as atendiam. O grupo de usuárias divide-se entre as engajadas em programa de reprodução assistida e as em tratamento de fertilidade convencional. Este último contingente constitui-se das usuárias do Ambulatório de Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da UFRJ. Entre as que passaram por programas de reprodução assistida, metade o fizera no serviço público e metade em clínicas privadas. O roteiro das entrevistas com profissionais da área explora aspectos técnicos e éticos das técnicas de reprodução assistida, ao passo que o roteiro para mulheres que passaram por reprodução assistida se direciona mais para a experiência pessoal no tratamento e questões éticas. Trata-se de roteiros com questões abertas para entrevistas gravadas.

O roteiro para entrevista com profissionais questionava sobre a formação para a área de reprodução assistida, perguntava dos tipos de terapêutica existentes na instituição e sua procura, a posição sobre adoção, os riscos na gestação, e por fim indagava sobre aspectos éticos das técnicas (o estatuto do embrião extracorporal e seu destino, doação de gametas, gestação substituta); a opinião sobre situações específicas (acesso para mulheres solteiras ou pós-menopausa, casais homossexuais, reprodução assistida póstuma e clonagem) e postura religiosa do profissional e dos pacientes. Eu pedia a posição do serviço e a opinião pessoal do entrevistado. O roteiro das entrevistas com usuárias da reprodução assistida começava com a pergunta geradora "conte como foi sua história para ter filhos", indagando sobre a história de vida reprodutiva, a posição pessoal e da família diante da infertilidade e do tratamento, a experiência do tratamento, seus custos, e no final pedia a opinião sobre aspectos das técnicas (redução embrionária, o estatuto do embrião extracorporal e seu destino, gestação substituta, clonagem) e a postura religiosa. No Instituto de Ginecologia da UFRJ, a pesquisa incluiu a observação de consultas no setor de Reprodução Humana com registro manuscrito dos dados solicitados pelos médicos sobre histórico da infertilidade e tratamentos; a entrevista abordava a vivência da esterilidade e quanto à família e à adoção.

### As Usuárias

No Instituto de Ginecologia da UFRJ, pude observar o atendimento ambulatorial, inclusive as consultas. Como o exame físico ocorria em outras salas, bastava permanecer na saleta de consulta. Os médicos – coordenadores, residentes ou graduandos – não se preocupavam em explicar minha presença, mas eu me apresentava fora do consultório como pesquisadora e perguntava se ela consentia que eu assistisse à consulta. Eu lia os prontuários das pacientes do dia antes do atendimento, a fim de escolher os casos mais interessantes para entrevista. Visto que a rotina de inseminação intra-uterina estava parada – realizou-se uma única em dezembro –, eu selecionava pacientes passíveis de encaminhamento para fertilização *in vitro* por conta do diagnóstico de laqueadura, obstrução ou prenhez tubária. Por conta disso, uma das médicas coordenadoras passou a me apresentar aos graduandos como a antropóloga que pesquisava fator tubo-peritonial. Eu escolhia também as pacientes com história mais longa de tratamento de infertilidade, as mais velhas, ou assistia às consultas de primeira vez, porque nessas era necessário ao médico colher toda a história da paciente, o que facilitava o meu trabalho de obtenção de dados. Conforme o histórico da paciente, após a consulta eu a chamava para entrevista em uma saleta separada. Poucas se recusavam. Algumas vezes os médicos, sabendo do meu foco de

pesquisa, chamavam-me após a consulta para entrevistá-las, em particular na dispensa de pacientes laqueadas. Pediam-me também para explicar sobre o funcionamento dos serviços de São Paulo ao encaminhar alguma paciente para lá.

Além do registro do atendimento nas consultas, houve cerca de 63 entrevistas com as usuárias. As entrevistas seguiam a lógica de uma história da vida reprodutiva, perguntando sobre a experiência com a infertilidade, a reação do companheiro, família, amigos e colegas de trabalho, os tratamentos feitos. Em 80% dessas entrevistas, indaguei sobre a reprodução assistida e sobre clonagem, tomando como referência as novelas *Barriga de Aluguel* e *O Clone*, amplamente conhecidas pelas entrevistadas, e pedindo opinião sobre as técnicas. As entrevistas duravam em média entre uma e duas horas, com registro manuscrito. Muitas vezes a entrevista assumia um aspecto confessional: as pacientes me pediam conselhos e me perguntavam se eu tinha filhos. Era difícil não ter empatia, em especial se soltavam uma lágrima. Se necessário, eu tentava acalmá-las e passava para um tópico menos doloroso. Poucas sabiam a diferença entre inseminação e fertilização *in vitro*: na maioria das vezes, eu tive de explicar antes de pedir a opinião sobre os procedimentos. Por outro lado, muitas se informavam pela TV e revistas. Outras me agradeceram porque consideraram a entrevista informativa. Uma vez dei informações sobre serviços públicos com oferta de reprodução assistida em São Paulo e um serviço privado que atendia a baixo custo. Reencontrei a usuária grávida após tratamento no referido centro privado, pois não conseguira atendimento no serviço público, e ela me concedeu nova entrevista.

As usuárias do Instituto de Ginecologia provinham basicamente das camadas populares. Das entrevistadas, três tinham curso superior, duas cursavam faculdade, 15 tinham segundo grau completo e seis, incompleto. As demais tinham primeiro grau completo ou incompleto. A idade oscilou de 19 a 46 anos, predominando a casa dos trinta.

Houve entrevistas gravadas com 16 mulheres que tinham passado por serviços de reprodução assistida, oito delas em serviços públicos e oito em clínicas privadas. Eu pedia à informante que contasse sua história para ter filhos. Eu contatava as informantes do serviço público na própria instituição, e as de centros privados por rede de amizade. Das oriundas de clínicas privadas, apenas uma não tinha curso superior e todas pertenciam a camadas médias. Quatro delas tinham formação ou eram profissionais da área da saúde e uma, embora não fosse profissional da saúde, trabalhava em hospital, as demais pertencendo a outras áreas – contabilista, escritora.

O predomínio de pessoas ligadas à área de saúde assinala um viés da rede, com entrevistadas indicando amigas profissionais da mesma área. Duas

não exerciam atividade profissional. Quatro residiam no Rio de Janeiro e quatro em São Paulo. Uma das cariocas tratou-se no Rio de Janeiro e em São Paulo, e outra fez sua única tentativa em São Paulo. Dessas oito, sete tiveram êxito no tratamento, e apenas uma desistiu após os primeiros exames quando o médico lhe sugeriu doação de óvulos associada a ICSI para maior chance de êxito. Das sete, apenas uma, por sinal a única que engravidou espontaneamente depois do nascimento dos filhos gêmeos, fez inseminação intra-uterina – três tentativas. Três engravidaram na primeira tentativa de fertilização *in vitro*, uma estando grávida de gêmeos por ocasião da entrevista. Duas entrevistadas recorreram ao tratamento por causa do "fator masculino" – infertilidade do marido: uma delas fez uma tentativa de inseminação, uma de fertilização *in vitro* e uma de ICSI, quando engravidou de gêmeos. A outra fez cinco tentativas de FIV; na primeira, houve gravidez seguida de aborto espontâneo após um mês e meio, e ela engravidou na quinta tentativa. A última fez um ciclo de inseminação, um ciclo completo de fertilização *in vitro*, dois ciclos de FIV cancelados por resposta insuficiente na indução de ovulação e uma última tentativa de fertilização *in vitro*, em que engravidou. As duas últimas mencionadas tentaram mais vezes que as demais e chegaram a trocar de médico.

Quanto ao diagnóstico, a que fez somente inseminação tinha esterilidade sem causa aparente e deficiência leve no "fator masculino". Três das que fizeram fertilização *in vitro* apresentavam o fator tubário: uma perdera ambas as trompas em gestações tubárias, a segunda perdeu uma trompa em prenhez tubária, tendo restado outra obstruída, e a terceira tivera perda total de uma trompa e parcial de outra em duas gestações tubárias. Para duas entrevistadas, o problema era exclusivamente fator masculino, isto é, a infertilidade do companheiro, ao passo que a que desistiu de fazer reprodução assistida necessitava do tratamento por causa do fator masculino (a infertilidade do marido) e por alguma deficiência própria, pois também teria que receber ovodoação. Aquela que tentou inseminação e fertilização *in vitro* teve um cisto de endometriose no ovário e um endometrioma no útero antes da última tentativa de FIV. A idade das informantes no momento da entrevista oscilava dos 32 aos 46 anos. A que gerou filhos mais cedo por meio da reprodução assistida tinha 28 anos, e a mais tardia tinha 39. Nenhuma tivera filhos antes do tratamento, mas três se submeteram a aborto quando engravidaram em circunstâncias indesejadas. Nessa pequena amostra, constataram-se três casos de problema tubário, doença de origem infecciosa, embora se tratasse de mulheres com atendimento ginecológico regular. Uma usara DIU e queixou-se do acompanhamento do contraceptivo pela ginecologista. Exceto por uma, as entrevistas ocorreram em suas casas, em bairros de classe média ou classe média alta.

Das oito informantes provenientes do serviço público de reprodução assistida, seis eram do Hospital Pérola Byington e duas do HC-USP. Todas provinham das classes populares com residência em São Paulo ou na Grande São Paulo. A idade no momento da entrevista variava dos 29 aos 40 anos. Apenas uma ainda não passara por nenhum ciclo de tentativas. Convidei-a para entrevista quando ela deixou escapar que procurara reprodução assistida a fim de engravidar sem um companheiro. Ela receberia o encaminhamento para fertilização *in vitro* em função do diagnóstico de obstrução tubária. O médico da triagem recomendou-lhe ocultar o fato de não ter companheiro, pois isso a excluiria do atendimento. Conheci todas as informantes no serviço e solicitei a entrevista, exceto uma única, indicada por outra usuária do mesmo programa. Três entrevistas ocorreram na casa das informantes, uma entrevista se deu em espaço público, ao passo que quatro aconteceram no próprio serviço. Duas trabalhavam como vendedoras autônomas, uma delas era também garçonete, ao passo que outra se dizia do lar, mas tinha salão de cabeleireiro em casa. As demais eram do lar e cessaram a vida profissional por ocasião do casamento ou no início do tratamento para gravidez. Uma não mencionou a atividade de trabalho. Duas informantes tinham segundo grau completo; uma, segundo grau incompleto; duas tinham primeiro grau incompleto, e uma interrompera os estudos na primeira série e sabia assinar o nome.

Três entrevistadas usuárias do serviço público tiveram sucesso: uma foi mãe de gêmeos na primeira tentativa de fertilização *in vitro* aos 37 anos; uma tivera uma menina aos 39 na primeira tentativa de fertilização *in vitro*; e a terceira, de 29, estava no quinto mês de gravidez por ocasião da entrevista, com êxito na terceira tentativa de inseminação intra-uterina. Era a primeira experiência de maternidade das três. Outras três tiveram filhos antes do tratamento: duas fizeram laqueadura, uma após o primeiro filho e outra após a segunda filha, ambas tendo casado novamente havia vários anos. A terceira tivera uma filha de um namorado e depois se casou com o atual marido, com quem tivera duas gestações tubárias. As três que já eram mães justificavam buscar tratamento por causa do casamento feliz com um marido sem filhos. Das oito, apenas uma fizera inseminação – três tentativas –, sofrendo de síndrome do ovário policístico.

O diagnóstico das demais era fator tubário: duas com laqueadura; uma perdera as trompas em gestações tubárias; uma com obstrução unilateral; as três restantes com obstrução bilateral. Apenas uma tivera encaminhamento para ICSI, por causa da infertilidade do marido – fator masculino –, além da obstrução tubária. Ela recebera alta do serviço, após duas tentativas de ICSI sem êxito. Uma das informantes tivera um ciclo de FIV cancelado após indução,

e não tivera êxito na primeira tentativa de FIV: cinco dias após o resultado positivo do exame, ela "perdeu". Outra engravidou na primeira tentativa de FIV, mas sofreu um aborto espontâneo no segundo mês, quando faltou progesterona no serviço para fornecer às grávidas. Uma delas não engravidou na primeira tentativa de FIV. Estas aguardavam otimistas a segunda chance.

As entrevistadas de clínicas privadas aceitaram colaborar em uma pesquisa de pós-graduação. Todas, exceto uma, eram desconhecidas até a entrevista. Algumas informantes do serviço público, em particular as sem êxito, deram seu depoimento por amizade. Houve quem receasse sair no jornal ou ter a identidade revelada. A única informante do serviço público contatada por telefone, por indicação de colega de tratamento, estranhou a pesquisa. Expliquei que era uma antropóloga investigando reprodução assistida. Ela entendeu "antropófaga" e ficou apavorada. Foi ao serviço checar minha história em vão. Ela conversou com o marido e marcamos a entrevista, ocorrida em clima amigável.

Comparando-se os dados das entrevistadas, percebe-se a definição nítida, segundo o nível de instrução e atividade profissional, de um grupo pertencente às camadas médias e de outro oriundo das classes populares. O contraste confirma o que pesquisas quantitativas demonstraram: nas camadas médias, a busca da reprodução assistida vem de mulheres que tentam a maternidade mais tarde, ao passo que nas camadas populares a procura se relaciona à laqueadura e a aspectos clínicos como a obstrução tubária, associados a infecções que podem ser prevenidas com atendimento à saúde ginecológica (Corrêa, 2001; Barbosa, 1999).

Outro ponto contrastante diz respeito ao êxito dos tratamentos, o que sugeriria, em leitura superficial, que as informantes usuárias de clínicas privadas obtêm mais sucesso do que suas colegas no serviço público. Concluí que esse contraste se enraíza na prática do segredo quanto à reprodução assistida. Ao passo que só era possível ter acesso às pacientes de clínicas privadas a partir do momento em que aquelas tornassem público o uso da reprodução assistida – o que em geral só ocorre a partir do nascimento dos filhos –, o acesso ao outro grupo de usuárias era direto, na sala de espera dos serviços públicos de infertilidade. A prática do segredo se intensifica quando não se obtém êxito no tratamento: a maior parte das recusas veio das que não foram bem-sucedidas.

Um aspecto da questão é a proporção entre as que tiveram êxito no tratamento e as sem êxito. As estatísticas apresentadas no *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida 2001* indicam 21,8% de partos por aspiração (Zegers-Hochschild & Galdames Inguerzon). Há consenso entre os médicos entrevistados que, por tentativa, a chance de fracasso é maior

do que a de êxito. Em qualquer serviço, público ou particular, sempre há mais ciclos de tentativas frustradas do que o nascimento de bebês. No serviço público, tive acesso direto às usuárias na sala de espera, solicitando entrevista às bem-sucedidas e às mal-sucedidas. Foi impossível obter tal inserção em clínica privada. Pessoas tentando intermediar meu contato com conhecidos que tiveram insucesso receberam resposta negativa. Tive de convencer usuárias no serviço público de que sua experiência com reprodução assistida era importante para a pesquisa independentemente do resultado, pois algumas mal-sucedidas negaram a entrevista a princípio, dizendo que "não tinham história para contar". Em suma, a super-representação do êxito entre as atendidas em clínicas particulares em relação às atendidas no serviço público é um viés que reflete os valores em jogo entre as pessoas que recorrem à reprodução assistida.

### Os Profissionais da Reprodução Humana

Houve entrevistas com 23 profissionais dos serviços de reprodução assistida ou de esterilidade, todos com curso superior. Foram ao todo 15 médicos, sendo dois estagiários – médico aqui significa ginecologista ou especialista em reprodução. Os outros profissionais eram quatro embriologistas, duas psicólogas, uma enfermeira graduada e uma assistente social. A diversidade profissional resulta da tentativa de incluir as categorias mais marcantes de cada serviço. Com exceção de um médico do serviço particular, todos os entrevistados tinham atuação em um dos serviços estudados. Quatro médicos do Instituto de Ginecologia me concederam depoimentos. No Setor Integrado de Reprodução Humana da Unifesp, passaram por entrevista dois médicos – um endocrinologista e uma ginecologista; um embriologista – veterinário de formação; uma enfermeira e uma psicóloga. Do Hospital Pérola Byington, houve depoimentos de dois médicos, uma médica estagiária e duas embriologistas. No Hospital das Clínicas, deram entrevista: um médico, uma médica estagiária, uma psicóloga e uma assistente social. Em centros particulares, houve entrevistas com um dos médicos organizadores do serviço no Hospital Pérola Byington, uma antiga embriologista do mesmo hospital e uma médica ex-coordenadora do Ambulatório de Reprodução Humana no Instituto de Ginecologia. Foi colhido o depoimento de um andrologista do Iede. Um ginecologista de clínica privada concedeu entrevista.

Dos médicos entrevistados, dois eram mestrandos e dois tinham doutorado, um dos quais com carreira de professor universitário. Dois eram professores universitários de carreira anterior à estruturação da pós-graduação no Brasil. Dos embriologistas, um era doutorando e outra tinha mestrado. Entre os médicos, seis tiveram treinamento em reprodução assistida no exterior, em particular os

mais velhos, acima dos 40 anos. Das psicólogas, uma era doutoranda e outra mestranda. Dos médicos, apenas seis não se consideravam praticantes de reprodução assistida: os quatro do Instituto de Ginecologia da UFRJ, o andrologista do Iede e o ginecologista do serviço privado, que não considerava reprodução assistida seu trabalho com inseminação intra-uterina.

O profissional entrevistado mais jovem tinha 27 anos e o mais velho estava com 69 anos no dia da entrevista. A quase totalidade dos entrevistados se incluía na faixa etária dos 30 e 40 anos. O número significativo de médicos com formação em reprodução assistida apenas no Brasil indica que, se no período de implantação dessa área no país o estudo no exterior era indispensável (Corrêa, 2001), o mercado de especialistas em reprodução humana já se renova aqui, embora alimentado por novidades vindas do exterior. Os profissionais entrevistados que trabalham em grandes serviços particulares de reprodução assistida viajam constantemente para a Europa ou os Estados Unidos, a fim de se atualizar.

O médico especialista em reprodução humana é o profissional que está no cerne do atendimento. Ele ouve o "desejo do casal", avalia sua história clínica, prescreve e interpreta exames, formula o diagnóstico com base no qual se define a terapêutica.[6] É sua atribuição prescrever a medicação, solicitar e interpretar os exames de dosagem hormonal para averiguar o andamento da indução ovariana, avaliar a indução na ultra-sonografia, realizar a inseminação ou, em caso de FIV ou ICSI, fazer a punção dos ovários e transferir os embriões. Ele acompanha as primeiras semanas de gestação por meio de ultra-sonografia e prescreve a progesterona para segurar (*sic*) a gravidez. O médico informa e orienta quanto a tratamento e riscos. Ele é responsável pelas principais decisões éticas no decorrer do tratamento, constituindo uma autoridade moral diante dos usuários (Tamanini, 2003).

A reprodução assistida necessita de pelo menos um outro profissional, o embriologista. O modo mais coloquial de se referir a este em todos os serviços é "bióloga", quase sempre no feminino, dada a predominância de mulheres nessa categoria. Sua função é central para qualquer serviço de reprodução assistida, feito em parceria de médico, no atendimento ambulatorial e cirúrgico, e embriologista no laboratório. O trabalho do embriologista no laboratório marca a diferença entre o tratamento de reprodução assistida e a terapêutica convencional de infertilidade. Quanto ao curso de graduação, os embriologistas entrevistados eram duas biólogas, uma farmacêutica e um veterinário. A formação de biomédico é freqüente.

Os embriologistas auxiliam os médicos nos procedimentos de punção de ovários e de transferência embrionária. Eles levam o líquido folicular aspirado

para identificar os óvulos no laboratório e são também responsáveis por passar os embriões para os médicos na transferência. Cabe a eles o manuseio dos gametas e embriões em geral. O espermograma, o tratamento do sêmen, a seleção dos óvulos para FIV e ICSI, reunir óvulos e sêmen na FIV, "limpar" o óvulo para a ICSI, selecionar o espermatozóide e injetá-lo no óvulo na ICSI, acompanhar o desenvolvimento embrionário e avaliar os embriões para transferência, todas essas são atribuições do embriologista. Eles têm pouco contato com os pacientes: os médicos fazem a mediação do atendimento. Em alguns serviços, os embriologistas são os responsáveis por avisar aos pacientes sobre o desenvolvimento dos embriões. Suas tarefas são as que mais envolvem a obtenção de qualidade. Parte significativa das questões éticas referentes às tecnologias reprodutivas concerne ao trabalho no laboratório desses profissionais.

Entrevistar outros profissionais dos serviços de reprodução assistida teve por objetivo ampliar a perspectiva sobre o atendimento. As categorias de psicólogo, enfermeiro, assistente social tinham peso diferenciado em cada centro. Entrevistei a enfermeira de dado serviço, porque ela desempenhava o papel central de mediadora. Ela estabelecia o contato dos pacientes com os diversos profissionais e permitia a comunicação dos profissionais entre si. Tal papel se refletia na posição intermediária de sua sala, um espaço de passagem, onde aconteciam conversas informais de membros da equipe sobre a rotina do atendimento. Não tendo postura neutra, ela tentava influenciar as decisões. Em outro serviço, a assistente social desempenhava o papel de intermediar a relação da divisão com a clientela do hospital. Por telefone, ela informava ao público os critérios para a triagem e o tipo de atendimento prestado. Após a primeira consulta no Ambulatório de Ginecologia, os casais encaminhados para a Reprodução Humana compareciam à reunião coletiva em que o biólogo explicava as técnicas e a assistente social expunha a rotina do serviço e seu funcionamento.

A presença de psicólogos nos centros de reprodução assistida públicos ou particulares é difundida, tanto que a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida promove anualmente uma Jornada de Psicologia em Reprodução Humana desde 2001. A observação desse encontro revelou que se solicita o profissional de psicologia para ajudar os pacientes a lidar com os conflitos e medos advindos do uso das técnicas e de seus resultados, papel do qual o médico abdicou. Houve entrevistas com duas psicólogas de serviços diferentes. A primeira entrevistada era profissional efetiva da equipe. Ao ajudar os pacientes em momentos de crise, ela cumpria um segundo papel auxiliar para os médicos: definir o adiamento da terapêutica até que o paciente ou casal estivesse em condições emocionais. Ela se constituiu em guardiã da segurança emocional dos pacientes e não proporcionou meu acesso. Além de oferecer

atendimento psicoterápico breve, ela avaliava o estado emocional dos casais antes que se submetessem ao tratamento e acompanhava os casais de fertilização *in vitro* regularmente. A segunda psicóloga entrevistada integrava a Clínica de Ginecologia e acompanhava pacientes da reprodução humana quando os médicos as encaminhassem. As principais situações de encaminhamento das pacientes eram: choro, conflitos com os quais os médicos não sabiam lidar, e a solicitação da paciente. A psicóloga sublinha a dificuldade dos médicos em ouvir as pacientes. O trabalho das psicólogas assinala primeiramente as dificuldades emocionais que envolvem o recurso à reprodução assistida: a representação generalizada das pacientes é de ansiosas, nervosas, frágeis. Destaca-se o modo como a posição de uma psicóloga integrada na equipe lhe permite regular o acesso das pessoas aos métodos.

## VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida

O VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida ocorreu em 25 e 26 de setembro de 2002 em São Paulo, no luxuoso centro de convenções do Hotel Gran Meliá. O evento foi uma oportunidade de observar as divisões internas, a hierarquização do campo dos profissionais da medicina de reprodução humana e as principais questões em debate (Memmi, 1989). Organizado pela Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida, além de reunir profissionais da área, em sua maioria médicos, com um contingente expressivo de embriologistas, a presença da indústria farmacêutica era marcante, a ponto de empresas nomearem simpósios: Simpósio Serono, Simpósio Ferring, Simpósio Organon. Os simpósios das empresas discorriam sobre o uso de medicamentos hormonais no ciclo de hiperestimulação ovariana controlada. Especialistas em medicina de reprodução humana apresentavam o resultado de estudos. Não fosse pela distribuição de brindes – canetas, livretos de resumos das comunicações – e pela projeção dos últimos lançamentos da indústria farmacêutica, o debate nesses simpósios não diferiria das outras mesas-redondas.

Um convidado internacional, dr. Christopher Payne, apresentou duas conferências na área de biologia molecular: “As bases moleculares da fertilização natural e artificial de óvulos humanos” e “Clonagem: potencial terapêutico e a realidade atual”. Houve cinco mesas-redondas abordando hiperestimulação ovariana controlada, infertilidade masculina e laboratório de reprodução assistida (voltada para embriologistas); duas sobre controvérsias na reprodução assistida (transferência embrionária dupla, criopreservação de embriões, ovodoação altruísta e compartilhada) e uma mesa, “Como eu faço”, dedicada a questões práticas.

A última sessão intitulava-se “Temas nacionais” e enfocava associações ligadas à reprodução assistida, isto é, a Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (Redlara),[7] a Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), a Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Após abordar o credenciamento de centros e de profissionais, bem como a indicação para cargos de direção da Redlara, a mesa voltou-se para a área política. O debate discorreu sobre os diferentes projetos de lei para regulamentação da reprodução assistida no Congresso Nacional. Estava bastante explícito que determinados projetos restringiriam a prática da reprodução assistida, “contrariando nossos interesses” (*sic*). Mencionou-se a proposta de introduzir serviços de reprodução assistida no SUS.

Destacava-se o clima descontraído na apresentação dos trabalhos. Um dos expositores comentou nos agradecimentos: “a SBRA é uma sociedade familiar”. O congresso não se reduzia aos debates. Uma empresa farmacêutica patrocinadora sorteou um computador *palm top* entre os que compareceram a seu simpósio. Entre os debates, o telão exibia lançamentos da indústria farmacêutica em linguagem publicitária: “Breve no Brasil Puregon Pen: praticidade e conveniência”. O filme de divulgação do novo medicamento mostrava o desenvolvimento na reprodução humana ao longo do século XX: a trilha sonora grandiloqüente do filme *Carruagens de Fogo* introduzia um medicamento já estabelecido, e o último lançamento vinha acompanhado por música tecno. Um mote publicitário era: “Tratamento individualizado: individualizado e flexível. O único tratamento que respeita sua paciente. Breve no Brasil!”. Além dos estandes das indústrias farmacêuticas com destaque nos nomes fantasia dos medicamentos, havia representantes de laboratórios de análise, fornecedores de equipamentos laboratoriais, serviços de entrega de medicamentos, uma livraria especializada na área médica e a venda da fita do encontro.

## Novas Tecnologias Reprodutivas como Fenômeno Midiático

Ao longo dos anos, o debate sobre novas tecnologias reprodutivas e a clonagem tem ocupado espaço cada vez maior na grande imprensa do Brasil. Entre setembro de 2001 e junho de 2002, a maior rede de televisão brasileira veiculou o folhetim *O Clone*, que pôs em pauta para grande parte da população o tema da clonagem humana. Faço aqui uma breve análise do modo como tais tecnologias têm sido enfocadas pela mídia, em suas abordagens ‘factual’ e ficcional.

### A Abordagem da Imprensa

Já se analisou a representação das tecnologias de procriação pela grande imprensa (Luna, 2000, 2001a, 2001b, 2002a, 2002b). Segundo Citeli (2001), a divulgação científica faz parte de um *continuum* que se inicia com a exposição dos achados entre os pares e chega até o grande público. Corrêa (1997) assinala as principais características da abordagem das novas tecnologias reprodutivas pela imprensa de divulgação científica: a atualidade na divulgação dos avanços mais recentes; apresentação esquemática que simplifica a técnica e pode levar à sua banalização ou ao sensacionalismo; a referência à pesquisa restrita à produção estrangeira; finalmente, uma representação maniqueísta, em que as aplicações das técnicas aparecem em termos positivos e a discussão dos limites éticos apresenta os aspectos negativos. Citeli (2001) discute a tensão entre a imprensa científica e a leiga no tocante à necessidade de divulgar os resultados de forma acessível ao público, e a abordagem sensacionalista que promove interesses comerciais e fere a credibilidade da produção científica. Em entrevistas com profissionais e assistindo a reuniões da área de medicina de reprodução humana, encontrei a combinação das posições: a crítica ao sensacionalismo da mídia em busca de novidades, mas também a censura velada a colegas que divulgam na imprensa procedimentos de caráter experimental ainda em estudo como se fossem tratamentos imediatamente disponíveis. Além das matérias de divulgação científica, das que trazem reflexão ética ou jurídica e dos relatos de experiências de usuários, há outras que tratam o tema em termos triviais: textos de humor e especulações (fofocas) sobre o uso das técnicas por celebridades (Luna, 2000).

Muitas entrevistadas do Instituto de Ginecologia indicaram a televisão como fonte de informação sobre as técnicas: programas jornalísticos – *Fantástico*, *Globo Repórter* –, telejornais e quadros de programas femininos com ginecologistas falando de saúde da mulher. Outras indicaram a imprensa escrita feminina e revistas de grande circulação. A exibição de reportagens acerca da reprodução assistida em programas jornalísticos atesta receptividade do público diante do problema da infertilidade. A imprensa veicula interesses da comunidade científica, sugerindo o uso de embriões congelados de clínicas de fertilidade em pesquisa: o cultivo de embriões para extrair células-tronco e criar tecidos para transplante na clonagem com objetivos terapêuticos (Luna, 2001a).

### A novela *O Clone* e sua recepção pelas pacientes

Em janeiro de 2001, o especialista em reprodução humana Severino Antinori anunciou seu intento de oferecer a clonagem como alternativa para

gerar filhos (Luna, 2001a, 2002a). De setembro de 2001 a junho de 2002, a Rede Globo exibiu a telenovela *O Clone*, de Glória Perez, no horário da "novela das oito". *O Clone* foi um grande sucesso de audiência. O contexto tornou premente a inclusão da clonagem como objeto de reflexão. Segundo Mattelart (*apud* Gomes, 1991), a popularidade de uma novela não se reflete apenas na contagem do Ibope, mas pelo espaço que ocupa nas conversas e por seu poder de catalisar uma discussão nacional. Após a repercussão da clonagem da ovelha Dolly, com ampla abordagem do jornalismo impresso e televisivo, agora a clonagem entrava como ficção no programa televisivo mais visto pelos brasileiros: a "novela das oito". Gomes (1991) comenta o grau de institucionalidade que as novelas assumiram na sociedade brasileira, pois assisti-las constitui ritual diário de quase todos os segmentos sociais.

O domínio do privado é o ponto nodal da constituição das tramas dos folhetins televisivos, que privilegiam as relações familiares e interpessoais e o amor (Coutinho, 1993). *O Clone* atualiza esse modelo como uma novela que discute a constituição do parentesco por meio da tecnologia de clonagem (Luna, 2003). Eis os elementos básicos do enredo: Deusa procura tratamento de inseminação (*sic*) com doador anônimo, porque seu namorado é infértil. Dr. Albieri utiliza células de Lucas e os óvulos enucleados de Deusa para uma experiência de clonagem sem o conhecimento de nenhum deles. Transfere-se o embrião formado para Deusa. Ela dá à luz Leo e o cria como filho. Quando Leo faz 18 anos, descobre-se a experiência e Leônidas, o pai de Lucas, reivindica na Justiça o reconhecimento da paternidade de Leo, revogando o vínculo de maternidade de Deusa. Ela luta para permanecer legalmente como a mãe de Leo. No Instituto de Ginecologia, quando se indagava às informantes sobre quem eram o pai e a mãe do Leo, elas freqüentemente lamentavam a sorte de Deusa e a designavam como barriga de aluguel (Luna, 2003). Os comentários tinham a seguinte tônica: Deusa tanto quis um filho e o filho não era dela, ou não iria ficar com ela. Uma reclamou: "A ciência não foi justa nesse caso". A posição dessas mulheres, com problemas de infertilidade, assinala o mecanismo de identificação que operou entre elas e a personagem (Prado, 1987). As espectadoras se apossam do conteúdo das novelas e direcionam as questões para o seu mundo, comparando-as com a própria vida. Via-se Deusa como uma mulher que queria ser mãe – experiência comum das informantes.

*O Clone* não era a única referência de tecnologias de procriação para essas informantes. Quando perguntadas se conheciam as técnicas, quase todas deram como primeira referência a novela *Barriga de Aluguel*, também de Glória Perez, exibida primeiramente entre 1990 e 1991, com reprise em 1993. Esse folhetim também teve grande audiência, além de divulgar para o público

os recursos das novas tecnologias e implicações sociais com sua comercialização (Coutinho, 1993). Quando se inquiria sobre a trama, algumas comentaram que, na época em que assistiram à novela, nem pensavam que passariam por situação semelhante, operando o mecanismo de identificação com respeito à dificuldade de ter filhos. Passados mais de dez anos da primeira exibição da novela, o fato de as informantes ainda terem recordação ratifica a forte impressão por ela deixada.

## Os Campos de Saber

O recurso à assistência médica para a procriação tem implicações que transcendem a biomedicina e suscitam a reflexão por parte de outras disciplinas. O direito, uma ciência social aplicada, é a área em que mais se publica sobre as novas tecnologias reprodutivas no sentido de regular seus usos e conseqüências. Além das implicações das técnicas para o direito de família no tocante à filiação, sucessão e parentesco, debate-se o assunto na área dos "direitos da personalidade": faculdades jurídicas cujo objeto são os diversos aspectos da própria pessoa do sujeito, assim como sua projeção essencial no mundo exterior (Sá, 2002).

Ao passo que os direitos humanos enfocam a pessoa sob o ângulo do direito público, os direitos da personalidade consideram o ângulo do direito privado. Gomes (1997), relacionando os direitos da personalidade à bioética, afirma que esses direitos devem se basear nos princípios de dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável para tutelar o planejamento familiar e os direitos do nascituro. O debate sobre o estatuto do embrião se insere na área de direitos da personalidade. Questões levantadas no âmbito do direito:[8] diante da necessidade da conjunção carnal para o reconhecimento legal do casamento, como ficam as relações de filiação no tocante ao direito sucessório quando o artifício técnico toma o lugar do ato conjugal? Visto que as tecnologias podem incluir material alheio ao casal, como regular as relações de filiação?

No tocante à área 'psi', o debate gira em torno das conseqüências da reprodução sem sexo. A psicanálise tem como foco a sexualidade como cerne da constituição do sujeito, desenvolvimento este que se dá no seio da família – nuclear e heterossexual no modelo freudiano clássico –, com a assimilação de papéis sexuais e parentais. Psicanalistas questionam o desejo de ter filhos por intermédio da tecnologia, uma vez que a procriação ocorre sem a mediação da sexualidade, o que Tort designa como "desejo frio" (2001). Em perspectiva feminista, Tubert (1996) afirma que as tecnologias de procriação se sustentam

no discurso social da maternidade. A autora contesta o ideal cultural que define a mulher com base em sua capacidade de ser mãe, ideal reforçado pelas tecnologias. O questionamento da doação de gametas refere-se também ao anonimato, que apagaria a identidade dos pais de origem. Daubigny (2003) defende o direito de acesso às origens pessoais. Mieli (1998) assinala a dimensão inconsciente do desejo de filhos que pode estar na raiz da infertilidade e da falta de êxito das técnicas, problema ignorado em sua aplicação repetida. Os autores questionam o fundamento do desejo de filhos e a falta de limites para esse desejo expressa na busca por técnicas cada vez mais avançadas para obtê-los.

A bioética considera a interação entre ciência, saúde e meio ambiente. Propõe uma ética das ciências da vida, ocupando-se da ética médica, da assistência, da pesquisa e da necessidade de sua regulamentação (Rotania, 2001b). A bioética emerge para responder às questões suscitadas pelo desenvolvimento científico e suas aplicações (Barretto, 1999), o que inclui a reprodução assistida e a clonagem. No decorrer da investigação, em função da análise de conteúdos considerados pertinentes para a reflexão bioética, constatei o englobamento de textos de outras disciplinas sob a rubrica da primeira. Na bibliografia sobre a produção bioética no Brasil desde a década de 1990 (Braga, 2002), verifica-se o predomínio da discussão jurídica na área de ciências humanas no que concerne à reprodução assistida e à clonagem. Chama atenção o crescimento contínuo da produção de artigos sobre o estatuto do embrião, superando qualquer outra implicação das novas tecnologias reprodutivas, bem como o dos artigos sobre clonagem.

No tocante à teologia, a referência dominante é da doutrina católica e sua posição contrária a qualquer intervenção considerada ‘não natural’ na reprodução humana, o que continua suas orientações quanto à contracepção. No contexto brasileiro, a Igreja católica é um dos interlocutores mais representativos no debate público sobre as novas tecnologias reprodutivas (Luna, 2002c). São raras as declarações públicas de outros atores do campo religioso sobre o assunto. A exceção é o espiritismo kardecista, que se pronuncia sobre a clonagem e o estatuto do embrião em suas publicações (Ciamponi, 2001, 2002; Mariano Jr., 2002). Em textos doutrinários, a Igreja católica se manifesta contrariamente à reprodução assistida, porque nesta se dissociam os aspectos unitivo e procriativo do ato conjugal, ou seja, do mesmo modo que se interdita o sexo sem reprodução, não se permite reprodução sem sexo. O motivo mais constante dos pronunciamentos públicos da Igreja católica sobre a reprodução assistida diz respeito ao estatuto do embrião humano extracorporal na FIV, uma discussão em continuidade com a doutrina da Igreja sobre o aborto (Luna, 2002c). Embora a posição do magistério católico seja unitária, entre os leigos surgem movimentos que

questionam a validade universal dos ensinamentos, como a organização internacional Católicas pelo Direito de Decidir (Hurst, 2000). Considero ambas as posições na análise.

## NOTAS

1 Tal resolução é enviesada porque reflete as preocupações e práticas da área de saúde, compreendendo a investigação em termos de pesquisa 'em seres humanos' e não 'com seres humanos', como é próprio das ciências sociais. A Associação Brasileira de Antropologia (ABA) tem promovido o debate a respeito da tentativa de englobamento do campo da antropologia em tal resolução, o que vários profissionais do setor julgam ser ingerência da área da saúde em outra que tem sistemática e código de ética próprios. Na prática de pesquisa, experimentei essas exigências, em particular a do protocolo de consentimento informado, como burocratização que interfere e prejudica a observação etnográfica e o estabelecimento de uma relação de confiança com os informantes, afetando inclusive a prática do sigilo de identidade.

2 A antiga diretora do Ambulatório de Reprodução Humana afastou-se do serviço em 2000, quando frustraram suas iniciativas de implantar um serviço regular de inseminação intra-uterina. O reitor usou, para sanear as finanças da universidade, a verba destinada à compra do equipamento, adquirido e devolvido. Após a saída da diretora, o ambulatório fechou para avaliação e reabriu em abril de 2001.

3 Um ginecologista pioneiro reconstituiu o desenvolvimento do campo da medicina de reprodução humana: com a fertilização *in vitro*, tornou-se desnecessário corrigir a infertilidade masculina, papel dos urologistas especializados em andrologia. Vários urologistas voltaram-se para a reprodução assistida, intervindo no corpo da mulher, campo da ginecologia. Muitos especialistas da área apresentados na mídia têm formação original em urologia. São perceptíveis as tensões na autonomização de um novo campo de saber e práticas médicas.

4 A médica coordenadora manifestou seu desagrado após minha presença em reunião da equipe do laboratório: "Eu não conheço você e isto aqui não é a casa da sogra". Autorizou as entrevistas com as embriologistas desde que longe do laboratório. A expressão "a casa da sogra" também se refere a sistemas de ordenação de entrada em espaço, indicando que o laboratório e a área que o circunda jamais deveriam ser considerados um espaço 'familiar', onde se pudesse entrar à vontade.

5 Alguns integrantes da equipe não aprovaram essa mudança por causa da diminuição da eficácia do tratamento. Especulava-se que o fato de ser ano eleitoral teria influenciado na suspensão do limite.

6 Tamanini (2003) discute a categoria "desejo do casal". A definição da terapêutica 'quase sempre' vem do médico, mas Tamanini descreve um casal que escolheu sua terapêutica. Uma de minhas entrevistadas de clínica particular também escolheu o método de inseminação intra-uterina para a primeira tentativa, a despeito da advertência do médico de sua ineficácia para o caso. No serviço público não há escolha da terapêutica de reprodução assistida pela paciente ou pelo casal, a decisão é prerrogativa do médico.

7 A Redlara foi criada em 1991, contando em 2001 com 11 países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guatemala, México, Peru, Uruguai e Venezuela.

8 Destaca-se o livro de Leite (1995), *Procriações Artificiais e o Direito: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos*, como uma abordagem bastante completa. Alguns artigos em Diniz e Buglione (2002) trazem uma reflexão feminista da área do direito sobre as novas tecnologias reprodutivas. Uma análise antropológica das representações jurídicas das novas tecnologias reprodutivas, tendo como base artigos de livros e periódicos, está presente em Luna (2000).

# 2

# Infertilidade e Ausência de Filhos: a origem do drama

*Você é árvore sem fruto. Vai virar tábua para*
*os outros passar, tem que te cortar e fazer lenha.*
Usuária de serviço público, 37 anos

## Família

O tema da família perpassa todo este estudo, uma vez que as tecnologias de procriação são consideradas meios para se obter filhos, constituindo família. Descreve-se neste capítulo a emergência histórica da família nuclear moderna centrada nos filhos e se analisa o sentido da ausência involuntária de filhos na vida das informantes. Na abordagem dos próximos capítulos, as relações de parentesco englobam a família.

### História da Família

A ausência involuntária de filhos gera situações de tensão. O quadro da formação histórica do modelo atual de família é uma chave para compreendê-las. No tocante ao surgimento da organização moderna de família, a chamada “família nuclear”, a interpretação mais corrente entre os historiadores é a de que o núcleo familiar do casal e seus filhos tem se autonomizado em relação à família extensa (Ariès, 1981; Flandrin, 1992).

Essa posição, contudo, não é infensa a questionamentos, tais como os estudos de Laslett (1977) em demografia histórica. O autor argumenta que, na Inglaterra, a predominância da família extensa não se sustenta empiricamente, seja na variedade patriarcal, aquela em que os filhos homens permaneciam parte da família após o casamento, seja a família-tronco – apenas o filho primogênito se mantém no grupo familiar original após o casamento. Sem levar em conta as relações de parentesco, com base em listas de co-residentes, Laslett

quer demonstrar o predomínio de grupos familiares simples na Inglaterra muito antes do processo de industrialização.

A ilusão do predomínio da família extensa na era pré-industrial seria devida a análises que não consideram os ciclos de desenvolvimento doméstico de um grupo familiar. O tipo de amostra utilizada pelo autor – co-residentes aparentados partilhando a mesma atividade – impede Laslett de considerar as relações vicinais e de parentesco, ao enfocar grupos domésticos isolados sem enfocar a interação destes.

Ao abordar a relação entre novo modelo de família e industrialização, Goody (1977) considera que o uso da categoria "grupo doméstico" como referência facilita o trabalho de análise de dados demográficos por Laslett, mas impede que se enxerguem as mudanças ocorridas na família que dizem respeito às relações de grupos domésticos entre si. Em estudo comparativo, Goody contesta a existência da família extensa: afirma que unidades pequenas de produção baseadas no parentesco estariam presentes em toda parte, inclusive em sociedades pré-industriais fora do Ocidente, não sendo uma característica distintiva da Europa pré-industrial.

O desaparecimento de funções dos laços de parentesco mais amplos, como clãs e linhagens, caracteriza a mudança associada aos processos de industrialização, urbanização e modernização, pois, embora esse parentesco em si não desapareça, outras estruturas institucionais assumem esses papéis. Nas sociedades agrícolas, as dimensões do grupo doméstico, como unidade de residência, unidade de reprodução e unidade econômica – de produção e consumo –, estão ligadas, ao passo que na sociedade industrial são distintas.

Flandrin (1992) descreve a transformação do modelo de família entre os séculos XVI e XVIII em que o grupo de pai, mãe e filhos se destaca gradativamente da parentela e dos servos domésticos. Contestando Laslett, o autor comprova a existência da família extensa baseado em dados dos censos no sul da França. No processo, laços de solidariedade familiar substituem antigos laços de solidariedade vicinais. Alguns valores caracterizam a nova moralidade familiar mais civilizada: a atitude mais cortês do marido com sua esposa e a ênfase nos deveres dos pais para com os filhos. Tais valores anteriores à Revolução Francesa e à legislação daí decorrente minam aos poucos o sentimento de linhagem.

Flandrin assinala também importante mudança no comportamento reprodutivo, com a introdução de práticas contraceptivas no casamento – coito interrompido – antes peculiares aos amores ilegítimos. Havia um quadro de fecundidade descontrolada em que a mortalidade infantil era diretamente proporcional à natalidade. Como as mulheres tinham filhos sucessivamente, o período

de aleitamento era muito curto, daí o recurso a amas-de-leite, prática recomendada por teólogos na Idade Média para que as mulheres pudessem voltar a assumir seu "dever conjugal". O uso de nutrizes agravava o quadro de mortalidade infantil à medida que a urbanização avançava. Segundo Badinter (1980), esse costume surgiu entre as famílias de elite na França e se disseminava por todas as classes sociais no século XVII. As famílias enviavam seus filhos para amas-de-leite do interior, lugar de vida mais saudável, e passavam anos sem vê-los. O auxílio de amas-de-leite era necessário para as mulheres operárias e para aquelas que trabalhavam com o marido, pois não tinham com quem deixar seus filhos. Badinter destaca a freqüência de óbitos das crianças sob os cuidados das amas, o que não suscitava grande lamentação por parte dos seus pais. Flandrin (1992) explica a difusão das práticas contraceptivas pelo interesse em preservar a saúde dos filhos, evitando o desmame precoce do lactente que uma nova gestação acarretaria. A pregação dos reformadores morais católicos desde o século XVI, ao enfatizar os deveres dos pais para com os filhos, pode ter involuntariamente estimulado tais práticas malthusianas.

Ariès (1981) atribui as transformações na família ao longo processo de formação de um novo sentimento sobre a infância entre os séculos XV e XVIII, pois até a Idade Média não havia consciência da singularidade desse estágio da vida. Áries e Flandrin enfatizam a perda de importância dos laços comunitários. A família não era o centro principal de trocas afetivas, que se davam na comunidade em geral. A função primordial da família era a preservação dos bens, a prática de um ofício e o auxílio recíproco. A transformação começa no final do século XVII, quando a escola vira o meio mais importante de educação. A escola supera a aprendizagem comunitária e separa a criança do mundo dos adultos.

O movimento de moralização reivindica espaço e tratamento específico para as crianças, com demanda do empenho dos pais. O interesse dos pais na formação dos filhos é uma mudança de atitude decorrente da afeição que surge nas relações familiares. A criança torna-se o centro da família, insubstituível, sendo concebida em número limitado para proporcionar-lhe a atenção devida. Um novo sentimento de família se forma entre os séculos XV e XVIII, não mais centrado na permanência do nome ou no patrimônio familiar. A família conjugal vem a ser reconhecida como um valor fundado no amor entre pais e filhos. No início desse período, sentia-se a perda de um filho na primeira infância como fato corriqueiro, pois, dada a alta natalidade, havia a expectativa de que logo viria outro para substituí-lo. À medida que se organiza a família em função da prole, sente-se a perda dos filhos como fato irreparável. Badinter (1980) tem uma interpretação diferente: a indiferença materna pelos filhos e

conseqüente ausência de cuidados estaria na raiz da alta mortalidade infantil. No iluminismo, a valorização da maternidade volta, com vários filósofos como Rousseau convocando as mulheres a assumirem o seu papel. Os autores convergem na conclusão de que, a partir do século XVIII, os filhos individualmente passam a ser considerados algo especial e o centro da vida familiar para o qual o casal deve se voltar.

Segundo Donzelot (1986) e Foucault (1988a), esse processo em que a criança vira o centro da família se relaciona às políticas de Estado que visam à melhoria da qualidade da população. Com a medicalização social no século XIX, o Estado interviria nas famílias das classes populares, ao passo que as famílias burguesas procurariam voluntariamente o médico, concorrente do padre como conselheiro, a fim de criar melhor a sua prole (Donzelot, 1986).

No Brasil, em período mais recente, houve processo semelhante de limitação do número de filhos, o que possibilitou maior dedicação dos pais à prole de menor tamanho. Souza (1995) analisa essa mudança na Bahia a partir da virada do século XX. Advindas de transformações estruturais no Brasil com a Abolição e a Proclamação da República, três tendências influíram nas condições de reprodução familiar: o processo de medicalização, a expansão da escolarização e a ampliação da participação feminina na vida social. Essas tendências atingiram todas as camadas da sociedade em períodos e com significados diferentes. O processo de medicalização da família se inicia ainda no final do século XIX, ao introduzir novas práticas de higiene e enfatizar o papel materno. A adesão por parte das populações envolvidas baseia-se na percepção de ganhos em termos de sobrevivência e redução dos sofrimentos.

Na década de 1920, expande-se o sistema escolar. A entrada crescente das mulheres no mercado de trabalho foi um fator de declínio dos sistemas de ajuda mútua nas redes de parentesco e vizinhança, predominantes em camadas populares na Bahia até a década de 1970. As redes de ajuda facilitavam a criação de proles numerosas. A ampliação progressiva dos encargos dos pais no cuidado de um número crescente de filhos que sobreviviam favoreceu a mudança de comportamento reprodutivo ao longo das gerações. A ampliação dos encargos dos pais é comparável ao processo descrito por Ariès (1981) do surgimento da família centrada na criação dos filhos. A perspectiva favorável à sobrevivência de todos os filhos procriados foi decisiva para que os casais passassem a limitar seu número em dois ou três, prática que se difunde entre as elites e camadas médias na primeira metade do século e nas camadas populares a partir da década de 1960 (Souza, 1995).

No Brasil, a grande queda de fecundidade feminina na segunda metade do século XX indica processos semelhantes ao europeu em período mais re-

cente. A taxa de fecundidade manteve-se estável entre os censos de 1940 e 1960, variando de 6,2 a 6,3 filhos por mulher. As décadas seguintes registram uma redução drástica. No censo de 1970, a taxa de fecundidade diminuiu para 5,8 filhos por mulher, no de 1980 caiu para 4,4 filhos e no censo de 1990, reduziu-se para 2,9. A taxa de fecundidade atual é a menor já registrada, com 2,3 filhos por mulher no censo de 2000.[1] Segundo Citeli, Souza e Portella (1998), a redução das taxas de fecundidade no Brasil dos anos 60 e 70 do último século ocorreu mais em função de mudanças culturais, que alteraram padrões referentes às tomadas de decisão sobre o tamanho da prole, do que da ação de políticas públicas. Os novos padrões seriam decorrentes de urbanização, industrialização, proletarização da mão-de-obra rural e urbana, pobreza, entrada de mulheres no mercado formal de trabalho, aumento de escolaridade em ambos os sexos, introdução de novos métodos anticoncepcionais, mudanças no sistema de saúde e expansão dos meios de telecomunicação. As autoras ressaltam a influência de novos modelos apresentados na televisão, meio de comunicação que se disseminou.

Reconhecendo-se a diversidade dos modelos familiares no Brasil ao longo da história (Almeida et al., 1987; Ribeiro & Ribeiro, 1995), salienta-se a importância da presença de filhos para a constituição de família. Pesquisando famílias das classes populares no sul do Brasil, Fonseca (1995) analisa as práticas de circulação de crianças, isto é, ceder um filho para parentes sem filhos, ou sem crianças em casa. A representação de infância difere das famílias das camadas médias, informadas por conceitos da psicologia, em que a criança parece um ser frágil dependente do olhar materno para sua boa criação. Nas camadas populares, a criação dos filhos consiste em atender a suas necessidades objetivas, tarefa que outras pessoas podem executar bem. Trata-se da coletivização da responsabilidade sobre as crianças.[2] A circulação de crianças favoreceria a solidariedade do grupo familiar e o estabelecimento de redes sociais. Ao passo que as famílias das camadas médias representam o modelo conjugal que centra seus esforços para investir nos filhos, o modelo de família das camadas populares valoriza a rede de parentes consangüíneos, considerando as crianças partes integrantes do grupo amplo. No acolhimento das crianças, revela-se a importância destas como valores tanto para garantir prestígio aos pais de criação nas redes sociais como pelo prazer derivado do convívio. Esta também insere os pais de criação em relações de troca com a vizinhança. A circulação não indica a falta de valor da criança, antes sugere uma economia de trocas em que elas aparecem como dons e contra-dons (Fonseca, 1995).

### Desejo, Cobrança de Filhos e Redes de Parentesco

Quase todas as informantes reportam a cobrança por filhos vinda da família mais ampla, amigos, vizinhos, no trabalho. As informantes de camadas populares mencionadas são as usuárias dos serviços públicos de esterilidade no Instituto de Ginecologia da UFRJ e nos serviços de reprodução assistida em São Paulo. As informantes das camadas médias referidas são as entrevistadas que passaram por serviços privados de reprodução assistida.

Quando se perguntou às usuárias do Instituto de Ginecologia da UFRJ por que queriam ter filhos, a resposta mais freqüente foi "realizar o sonho – ou desejo – de toda mulher", frisando-se muitas vezes que esse sonho vinha desde a infância. Muitas disseram ter chegado à idade ou ao tempo de ter filhos: algumas na casa dos trinta preocupavam-se com a chegada da menopausa. Uma informante de 25 anos que perdera uma trompa em gravidez tubária afligia-se por não engravidar: "Daqui a pouco eu vou estar na menopausa". As informantes mais jovens falavam que já era hora; que desejavam ser mães cedo ou que não queriam ser mães velhas, mães-avós de quarenta anos. A reação sobre a idade também se manifestou entre as usuárias preocupadas com a duração da investigação da esterilidade – algumas eram pacientes do serviço há oito anos –, ou com o limite etário estabelecido para o tratamento.

As respostas referentes ao sonho da mulher e ao tempo de executá-lo indicam o quanto se vê a maternidade como condição da identidade feminina essencial (Vargas, 1999; Costa, 2002). A terceira resposta mais freqüente foi gostar de crianças. Várias contaram como colaboravam na criação de sobrinhos, afilhados e enteados, cuidando deles ou mesmo adotando-os informalmente, além das que lidavam com crianças em sua atividade profissional de professoras e babás. A dimensão de prazer com os pequenos, analisada por Fonseca (1995), também se revela em outra resposta menos citada: a vida do casal sem filhos não tem graça, a mulher logo termina os serviços domésticos e não tem o que fazer, ou "a casa sem filhos é vazia" (Vargas, 1999). Resposta semelhante e menos freqüente foi a de que o filho completa a família ou o casal. Mencionou-se também que o marido quer filhos, uma resposta remetendo o desejo de filhos ao outro componente do casal. Outras responderam sobre o desejo de gravidez, de ter a barriga.[3]

Citou-se a idéia de que um casal sem filhos não é família. Longe de uma idiossincrasia de mulheres de camadas populares brasileiras, tal representação se encontra em outros países do Ocidente. Stolcke (1991: 83) cita do Relatório Warnock que "a família existe somente quando há filhos. Um casal não é família". A informante aconselha o marido sem filhos que cria como pai desde pequenas as filhas dela do casamento anterior: "Eu já falei: 'Ó, filho, se não der

certo – porque você quer ter a sua família? Então arrume uma pessoa que possa ter (...). Casa de novo, porque você precisa ter uma família'. E ele falou: 'Não; desde o começo que eu sabia que você não tinha'" (Informante com laqueadura, 37 anos, serviço público de reprodução assistida).

A importância das crianças para a constituição de uma família apareceu de diversas formas. Houve crítica constante às mulheres que dão os seus filhos, em contraste com a situação das entrevistadas que se crêem com "condições" de criar bem os filhos e, no entanto, não conseguem engravidar, discurso esse independente da posição social da informante.

Muitas consideram dar filhos para o marido uma obrigação da mulher para com seu cônjuge, uma dívida com aquele que lhe dera tudo, assumindo a posição de provedor, para que ambos pudessem "constituir uma família". Uma informante de 30 anos, que se submeteu a uma cirurgia de recanalização tubária após laqueadura, respondeu por que queria filhos: "Para dar um filho ao meu marido. Eu tinha um homem, tinha um lar. Toda mulher quer ter um filho do marido e reconstruir sua vida". Médicos, oriundos de camadas médias com representações mais igualitárias dos papéis conjugais (Salem, 1989; Heilborn, 1995), interpretavam essa atribuição do gênero feminino de dar filhos – traço peculiar às camadas populares – como indício de que as mulheres não queriam filhos realmente, que seu objetivo era apenas "segurar o marido", sinal de um casamento que não estava bem. A dificuldade de ter filhos torna-se questão mais difícil porque, não cumprindo o papel, a mulher enfrenta, além de representações de incapacidade, cobrança.

A cobrança por filhos varia conforme a mulher ou o marido tenham filhos de uniões anteriores. Muitas mulheres laqueadas com filhos do primeiro casamento, ao tentar recanalizar as trompas ou tratamentos de fertilização *in vitro* no contexto de uma nova união, sofriam censura de amigas, vizinhas e colegas de trabalho que consideravam "loucura ter mais filhos com os tempos difíceis de hoje", porque a mulher já tinha filhos criados. Quanto mais velha a mulher ou mais crescidos os filhos da primeira união, maior a tendência à crítica. A cobrança por filhos mostra expectativas culturais sobre a reprodução da família. Algumas pacientes de camadas populares relatam "pressão" para ter filhos, encarando as perguntas freqüentes sobre a vinda do neném, do herdeiro, como cobrança. Um número menor via as perguntas sobre a vinda dos filhos ou sobre o tratamento como torcida para alcançar seu objetivo.

A cobrança de filhos por parte da família é tão disseminada que passa a prerrogativa. Uma informante, tentando reversão de laqueadura, na segunda união, disse: "Direito de me cobrar, só do meu marido e do meu sogro". Ao indagar às pacientes do Instituto de Ginecologia se alguém perguntava sobre

elas não terem filhos, elas mencionaram ambas as famílias como os que mais cobravam. Houve menções a cobranças por parte de: família do marido, o próprio marido, vizinhos, amigos e colegas de trabalho. Um número menor falou que todo mundo cobrava. Citou-se a igreja como meio onde se perguntava pela vinda dos filhos. Uma informante angustiada cobrava filhos ao marido, que tentava confortá-la.

Salienta-se a diferença de postura entre os consangüíneos e afins. Não houve caso em que apenas os consangüíneos cobrassem e os parentes afins da esposa fossem indiferentes. Algumas informantes afirmavam que sua família as apoiava, ao passo que a do marido cobrava. Embora admitindo que ambas as famílias cobravam, uma parte afirmou que a cobrança por parte da família do marido era mais forte ou mais dura. “A família do marido maltrata mais” (*sic*). Os relatos confirmam a pesquisa de Fonseca (2000) em grupos populares reveladora da tensão existente entre parentes consangüíneos e afins da esposa, com a constatação da força dos laços consangüíneos em contraste com a precariedade do laço conjugal.

As pacientes laqueadas sofriam de modo diferente a expectativa por filhos. Ao passo que as mulheres que tinham filhos de uniões anteriores sofriam censura no entorno por tentar mais filhos na nova união, a família do marido censurava a mulher laqueada por não poder proporcionar filhos ao novo companheiro. Uma das informantes disse que “há preconceito contra a mulher que já teve dois filhos de outro marido e agora não consegue dar filhos ao atual”. Por isso, algumas das laqueadas mantinham segredo sobre sua condição para a família do marido, revelando-a somente a ele. Três das usuárias do serviço público de reprodução assistida oriundas das camadas populares tinham filhos de uniões anteriores e não podiam conceber novamente por causa de laqueadura ou por terem perdido as trompas em gestações tubárias. Todas elas negaram a cobrança de filhos por parte das famílias ou do entorno. Das usuárias de serviços públicos de reprodução assistida que não tinham prole, uma mencionou a cobrança de filhos por ambas as famílias, a segunda citou apenas a família do marido – a família dela morava em outro estado –, e uma terceira disse que as pessoas de fora da família eram quem mais cobrava. A terceira mencionou a cobrança de netos por seu pai, que estava doente e veio a falecer antes que ela engravidasse.

Entre as entrevistadas dos serviços públicos de reprodução assistida, nenhuma relatou que o marido lhes cobrasse filhos. Entre as informantes do Instituto de Ginecologia da UFRJ, por sua vez, algumas distinguiram entre manifestar o desejo de ter filhos e a cobrança. “Ele diz que quer ter um filho nosso, mas não me cobra”. Houve poucas menções a cobranças com ameaças de

abandonar a esposa para ter filhos com outra. Muitas vezes, o marido censurava a mulher por não procurar o tratamento que poderia resolver a situação: "parece que você não quer me dar um filho".

Uma informante de 40 anos com três filhos da primeira união, buscando reversão de laqueadura após oito anos no segundo casamento, justifica sua decisão, pois o marido atual só queria ter filhos depois de ter condições, de ter construído a casa. Ele a ajudou na criação dos filhos dela e merece filhos. O marido a acusa de não se esforçar, mas ela retrucou cansaço de tanto "procurar tratamento, fazer exame e ser furada". "Filho não é tudo na vida", senão ela não teria sido abandonada pelo primeiro marido. "Quer ter filho? Arranje outra mulher que engravide". O exemplo mostra a tensão no relacionamento do casal oriunda da situação de infertilidade e o empenho da mulher em resolvê-la, o que não significa submissão dócil aos desejos do marido. Em raros casos o marido foi ao Instituto de Ginecologia antes da esposa para se informar sobre o tratamento.

Entre as informantes das camadas médias, usuárias de clínicas particulares, raramente se fala sobre a cobrança explícita por filhos. Explicita-se que a decisão de ter filhos começa no casal após planejamento. Apenas duas relataram a cobrança. Uma informante conta que do lado da família do marido havia dois netos, por isso a cobrança por filhos vinha da família dela, em particular de sua mãe, que pedia netos. Outra entrevistada relata a cobrança de um de seus irmãos: "falava que casamento sem filho não dá. Se você não puder ter, você tem que adotar". A mesma entrevistada havia se acomodado a uma vida sem filhos e retomou o tratamento por incentivo do marido. Ele lhe sugeriu fazer uma tentativa de FIV e, se fracassada, partir para a adoção. Outra informante relata o extremo respeito que ambas as famílias e amigos tiveram quanto ao fato de o casal não ter filhos. Ela falou em um "pacto velado de silêncio" que visava a proteger o casal do assunto constrangedor.

Entre as usuárias do Instituto de Ginecologia da UFRJ, pertencentes às camadas populares, a reação principal à cobrança por parte das pessoas de fora era disfarçar, negando o desejo de filhos naquele momento. Outra reação freqüente foi dizer que se aguardava a vontade de Deus. Um número menor contava que não podia ter filhos e que estava em tratamento. A atitude mais rara foi a de manifestar irritação e cortar a conversa. Quando se perguntou às usuárias do Instituto de Ginecologia sobre quem sabia do tratamento, a resposta mais freqüente foi: ambas as famílias sabiam. A segunda resposta foi: apenas o marido sabia, o que denota alto grau de autonomização do casal nessa situação. O mesmo número contou a amigos mais chegados, e a vizinhos ou colegas menos freqüentemente. Um número menor revelou apenas à família dela.

A rede social que envolve a mulher ou o casal e a força dos laços de parentesco e de outros laços de amizade se revelam quando o casal seleciona a quem comunicar o problema ou o tratamento de infertilidade. Tal seleção é um indício das relações de proximidade e individualização da mulher ou do casal diante de grupos mais amplos, um aspecto da construção processual do parentesco ou *relatedness* (Carsten, 1995). O segredo absoluto ou compartilhado sobre o tratamento, ou sua revelação para ambas as famílias de origem, parentes, vizinhos, amigos, colegas de trabalho pode indicar o grau de autonomia da mulher ou do casal nessa rede. A distância geográfica entre as famílias ou outro elemento que implique a distância social pode ser fator de autonomização (Schneider, 1968), nos exemplos em que o casal se diferencia em relação à família extensa por ascensão social ou por conversão religiosa. Algumas informantes que relataram pouca convivência ou comunicação com a família extensa, seja a consangüínea, seja a dos parentes afins, haviam se convertido em igrejas evangélicas pentecostais, havia poucos anos. A distância geográfica da família consangüínea localizada em outros estados, principalmente do Nordeste, é o fator mais freqüente para que seus membros percam a posição de confidentes preferenciais das mulheres. A família do marido assume esse lugar, se estiver próxima.

Algumas informantes de serviço público de reprodução assistida, em especial as que têm filhos de uniões anteriores e família de origem residente em outro estado, assumiram posturas de bastante autonomia no tocante a revelar o tratamento de infertilidade: “É assunto do casal” e de mais ninguém. “Vida particular de um casal não interessa a vizinho, não interessa a outras pessoas”, diz essa informante de 36 anos. Outra contou sobre sua decisão de procurar tratamento para o marido e apenas para amigas que passavam pela mesma situação – eram laqueadas e se casaram novamente, querendo ter filhos na nova união.

Quando o casal decide pelo segredo, os parentes ou vizinhos sabem apenas que a mulher está indo ao ginecologista. Destaca-se a inversão que ocorre nas relações de confiança quando o casal se autonomiza. O tratamento de infertilidade vira segredo do casal que a mulher compartilha apenas entre suas iguais, isto é, suas colegas de tratamento, com quem ela pode conversar sobre a experiência. Esse é o teor da conversa nas salas de espera nos serviços públicos de infertilidade. O exemplo mais radical de autonomização foi o da usuária que pretendia ter filhos sem companheiro. Nesse caso, não havia parentes afins e sua família vivia em outro estado. Apenas uma amiga sabia do seu propósito.

As outras cinco informantes de serviços públicos de reprodução assistida não mantinham segredo. Duas relatam que todo mundo sabia: ambas as

famílias e vizinhos. Uma revelou a ambas as famílias e à vizinha, amiga íntima. Uma comunicou apenas às famílias dela e do marido. A última disse para toda sua família, principalmente as mulheres, e a uma cunhada, mulher de seu irmão. Na família do marido, apenas a mãe dele e as três irmãs estavam cientes, excluindo os parentes masculinos e os de segundo grau.

Entre as informantes das camadas médias, as famílias eram menores. Quando se falava que a família sabia, em geral, elas se referiam a pais e irmãos de ambos os esposos. Nem sempre esse núcleo todo sabia. Das oito, cinco contaram também para amigas íntimas, ou para amigos chegados. Uma entrevistada, que pertencia a uma família muito numerosa residente em outro estado, contou apenas para uma irmã e a sobrinha que estavam na cidade, para a mãe e a tia do marido, além de uma amiga, futura madrinha do filho. Colegas de trabalho de uma informante souberam do tratamento em função das constantes saídas para consultas e exames. Um dos casais contava para as famílias apenas após cada tentativa. Temendo a oposição, uma das informantes não queria revelar o tratamento à própria mãe, mas seu marido contou, e apenas mais uma amiga íntima e o sogro souberam do tratamento até confirmar a gravidez. Outra relata que a família toda participava durante o tratamento. Festejou-se o nascimento dos gêmeos, porque, na família dela, a única irmã não tivera filhos e, do lado do marido, a neta mais próxima tinha cinco anos. Uma informante contou apenas para sua mãe, que acompanhou tudo, e seu pai, além da prima ginecologista, ocultando de seus dois irmãos e supondo segredo do marido para com os pais e irmãs. A reserva indica a privacidade do casal, pois a família só tivera uma neta. A despeito disso, a família não cobrava filhos nem interferiu no tratamento. Nem sempre o distanciamento das famílias de origem é tão grande. Uma informante discutiu com a própria mãe quando esta questionou o tratamento por seu alto preço, e teve financiamento da sogra, a pessoa mais participante. A despeito da família numerosa, o casal manteve mais gente informada.

Houve pouquíssimas entrevistadas que ocultavam do novo marido a sua condição de laqueadas. Elas procuravam o serviço de infertilidade em segredo para tentar a reversão de laqueadura. Duas informantes do Instituto de Ginecologia se decepcionaram quando souberam que a opção seria o tratamento por fertilização *in vitro* em São Paulo, o que desfaria o segredo, pois o tratamento em si exigia a presença do companheiro no serviço, além da viagem. A primeira contava com a discrição de sua família consangüínea para com o novo marido, ao passo que a família consangüínea da segunda morava em outro estado. O recurso à laqueadura também revela diferentes graus de envolvimento familiar tanto na opção pelo método como no conhecimento da esterilização pela família. Os parentes consangüíneos podem não ter influído na decisão,

mas sabem da laqueadura. Houve exemplos em que a mãe foi a figura preponderante na opção por esterilização, sendo também a mediadora com os médicos. Ocorreu apenas um caso em que a sogra providenciou a cirurgia, e outro em que foi o marido quem desempenhou esse papel.

Em todas as camadas, quanto maior a família, menor é a proporção dos seus integrantes ciente do tratamento. Esterilidade e tratamento são tópicos de conversa entre mulheres parentes e amigas, assim como reprodução e filhos continua assunto de mulher em todas as camadas sociais, confirmando as distintas atribuições dos gêneros. A cobrança de filhos incide de modo diferente sobre homens e mulheres. A honra masculina decorre da virilidade e da capacidade de prover a família e de protegê-la (Fonseca, 2000; Duarte, 1986). Fazer filhos é atributo físico da paternidade; já sustentá-los e educá-los é atributo moral (Costa, 2002). Todavia, associa-se a esterilidade ou incapacidade de fazer filhos à impotência sexual: à falta de virilidade. Comparando mulheres e homens em busca de tratamento para infertilidade, Costa (2002) faz a distinção: a paternidade é atribuição da masculinidade como projeto na vida dos homens, ao passo que a maternidade é atribuição feminina no sentido de confirmar uma essência preexistente. A maternidade atualizaria sonhos existentes desde o passado, como a paternidade seria um projeto para o futuro, daí esta ser mais aberta a alternativas do que a maternidade. A infertilidade nega a vocação 'natural' feminina de ser mãe. A esterilidade masculina nega a virilidade, a dimensão sexual, o que não ocorre na esterilidade feminina. Segundo Dauster (1992), a procriação é sinal de virilidade, e para a mulher confirma a sua fecundidade. A infertilidade não nega a sexualidade feminina, mas a própria identidade de mulher (Vargas, 1999). Com as queixas de amenorréia – falta de menstruação – e por não engravidar, uma informante buscou o serviço, porque queria "provar que sou uma mulher perfeita igual às outras".

Valoriza-se a paternidade como parte do papel masculino: "Ele diz que não é um homem completo porque não é pai", comenta uma informante sobre seu marido. Algumas informantes das camadas populares relataram que os maridos sofriam a cobrança de colegas por não atualizarem o projeto parental de um homem adulto constituir família: "Todos eles têm filhos, menos eu". Em outros casos, o questionamento da virilidade era explícito: "Disseram que o leite do meu marido era estragado"; "Falam que meu noivo é rolinha, que não sabe fazer filhos".

Um raro exemplo em que a mulher cobra o filho do companheiro veio de uma usuária que tivera uma gravidez tubária após um ano e meio de namoro sem contracepção: "Até para fazer filho você demora, e quando faz é para me matar". Cientes desses valores, os médicos, quando explicavam a necessidade

do espermograma, já adiantavam que o objetivo do exame não era avaliar a potência sexual. Em todo o caso, está claro que a responsabilidade reprodutiva, inclusive nos cuidados com a saúde e procura de médico, é atribuição feminina (Costa, 2002).

Mesmo nas camadas médias, na qual valores igualitários sobre o casal estão mais presentes, houve exemplos em que a esposa assumia publicamente o ônus da infertilidade, apesar de o diagnóstico ser de fator masculino. Segundo Héritier (1984), a esterilidade diz muito sobre as relações de gênero, uma vez que recobre e coincide com o feminino em praticamente toda pesquisa etnológica. Nas camadas populares, encontraram-se exemplos entre as usuárias do Instituto de Ginecologia em que, a despeito de o diagnóstico de infertilidade masculina ser claro, o marido não deu atenção ao resultado do exame, pois achava que "mulher tem mais obrigação que homem na hora de ter filhos". Os papéis de gênero podem não se curvar às evidências médicas.

Diversas culturas descritas na literatura etnológica desconhecem a esterilidade masculina (Héritier, 1984). Em nosso contexto, Vargas (1999) fala da invisibilidade da infertilidade masculina. Uma minoria de usuárias do Instituto de Ginecologia relatou a resistência dos maridos em fazer o espermograma. Uma usuária contou a reação do marido nordestino quando lhe falou do exame: "Me respeite". Outros davam a desculpa de filhos de uniões anteriores, ou de terem engravidado ex-namoradas. Submeter-se a exames fere a masculinidade e mostra fragilidade (Costa, 2002), de modo que alguns exigem o respeito devido hierarquicamente e outros querem provar sua virilidade com base em relações antigas. Vários médicos se queixavam da falta de colaboração do parceiro e advertiam as pacientes que suspenderiam o tratamento, ou o início da investigação na mulher caso o exame não fosse entregue na consulta seguinte. Algumas pacientes se queixaram da inflexibilidade dessa conduta e queriam convencer os médicos a continuar o tratamento nelas para adiantar. Já com uma visão de responsabilidade reprodutiva do casal e não apenas da mulher, os médicos não cediam.

A infertilidade feminina ameaça tanto a identidade de gênero como o próprio laço conjugal (Vargas, 1999). A despeito da noção corrente entre os médicos de que muitas pacientes, especialmente as com filhos de uniões anteriores, procuram tratamento "só para segurar o marido", foram raros os depoimentos em que a relação conjugal estava à beira da ruptura por falta de filhos (Vargas, 1999). Se perguntadas diretamente, elas respondem que filho não prende marido, caso contrário não haveria mulher abandonada pelo pai dos seus filhos. A cobrança de filhos mais diretamente às mulheres nas camadas populares relaciona-se à busca pelo estatuto de mulher adulta. Fonseca (2000) observa que o *status*

respeitável da mulher casada se realiza plenamente apenas se esta tiver a própria família: nisso consiste a honra feminina, muito mais do que em atributos de recato e virgindade.

Entre as usuárias de serviços privados de reprodução assistida, a maternidade se relacionava a um projeto, era um ponto planejado para quando as condições fossem convenientes. Apenas uma quis ter filhos imediatamente após o casamento, comportamento comum entre os segmentos inferiores das camadas populares (Fonseca, 1995, 2000) e encontrado entre as informantes mais jovens entrevistadas no Instituto de Ginecologia. O uso de contracepção ou o recurso direto à laqueadura após se chegar ao número desejado de filhos estava difundido, mas não universalizado entre as informantes dos serviços públicos de infertilidade. Já entre as oriundas de serviços privados, todas usaram contracepção antes do casamento, e apenas uma das oito a suspendeu assim que casou. Na época com 28 anos, a informante que recorreu ao tratamento de inseminação artificial quando quis engravidar, após tentar apenas seis meses de atividade sexual desprotegida, exemplifica a dimensão de controle sobre a própria vida e corpo: seu momento profissional era propício e nunca teve paciência de esperar.

A dimensão de planejamento se explicita nos dois casos em que nem a mulher nem o marido tinham identificado impedimentos físicos para engravidar: eles retomaram a contracepção após o nascimento do(s) filho(s) desejado(s). O nascimento do filho é, para esse grupo, um evento conscientemente planejado pelo casal, um projeto (Velho, 1987). Almeida (1987), referindo-se a camadas médias brasileiras, assinala a diferença entre as mulheres da década de 1950, para quem a maternidade era destino “inevitável”, e as da década de 1980, que fazem da maternidade uma “opção individual”.

A representação de maternidade de mulheres de camadas populares parece mais próxima do “destino inevitável” do que de projeto. Estudando o discurso do “casal grávido” nas camadas médias, Salem (1983) assinala a ênfase dos casais nas opções e escolhas, na autodeterminação. Dauster (1990) observa que entre mulheres das camadas médias se entende a procriação como opção e desejo, um projeto que dá sentido à individualidade feminina. No entanto, nessas mesmas camadas, a maternidade não condiz apenas com códigos individualizantes; além do projeto e da decisão, há o instinto e a pressão social, a última correspondendo às dimensões hierárquicas da sociedade brasileira (Dauster, 1992). “Instinto” seria o impulso biológico para a procriação, o “lado bicho” ou “lado natureza”, segundo as informantes de Dauster (1987). Decisão e instinto para ter filhos se somam.

Nas classes populares, vê-se a maternidade mais no sentido de cumprir a essência feminina, correspondendo a tendências holísticas, e nas camadas médias a experiência da maternidade se aproxima mais de um projeto de vida para realização pessoal, mas a experiência da infertilidade faz convergir as representações desses grupos sobre a maternidade. As mulheres de camadas populares se vêem impedidas de efetivar 'naturalmente' sua essência materna e têm de se engajar em terapêuticas para a infertilidade de modo que a maternidade torna-se um projeto a cumprir após vencidas várias etapas de obstáculos, o tratamento em si. Já nas mulheres de camadas médias, a impossibilidade de cumprir o projeto de maternidade mostra o caráter obrigatório dessa experiência, um projeto que não se pode descartar, a fim de realizar a identidade feminina. A esterilidade constitui-se em drama para a maior parte das mulheres envolvidas.

## Infertilidade

A simples ausência de filhos é percebida como voluntária e fruto de um planejamento em que se posterga a maternidade ou a parentalidade; a infertilidade, no entanto, não é considerada um mero problema clínico, mas sim uma condição estigmatizante. Ao analisar a construção da infertilidade como problema para a medicina, pretendo estudar de que modo a infertilidade passa a existir como realidade social, estruturada nas relações entre indivíduos e grupos, especialmente no tratamento médico.

### Esterilidade: sentimento, acusações, segredo e estigma

Percebe-se a ausência involuntária de filhos como drama (Franklin, 1990), e não apenas uma intenção frustrada de uma pessoa ou casal. Ter filhos é mandatório para o casal completar a família, justificando o investimento na terapêutica para infertilidade. O marido de uma entrevistada relata uma pilhéria que ouviu sobre o tratamento: "Você quis 'ter filho' e ainda 'pagou' para isso?". Ele responde: "Eu pagaria dez vezes. Eu pagaria um milhão".[4]

Filhos são símbolo e materialização do amor do casal na unidade do sangue com ambos os pais (Schneider, 1968). Vê-se aqui a motivação do casal para ter um filho: "Eu não tenho filhos do meu marido e, porque eu gosto dele, eu gostaria de ter um filho dele. Eu só tenho um filho e o filho não é dele, é adotivo. É filho meu, não é dele. (...) Engravidar dele porque eu gosto dele, né? (39 anos, laqueada, serviço público de reprodução assistida)".

A inexistência de filhos é um problema que ultrapassa a mulher ou o casal. Compreende-se assim o sofrimento das mulheres diante da dificuldade de engravidar:

> *Eu achava que a minha família não estava completa. Só iria estar completa a partir do momento que eu engravidasse. Eu tinha medo de um dia não poder engravidar e ele me largar, ou jogar na minha cara que a maior vontade dele era ser pai e eu não tinha realizado. Se você me perguntar muito, eu vou acabar chorando.* (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 29 anos)

Para a família mais ampla, a manutenção do nome e da honra familiar (Abreu Filho, 1980) implica a geração de filhos. Segundo Abreu Filho (1980), a mulher não tem papel ativo em perpetuar a "família/raça", porque sai para outra família no casamento e não mantém o nome de família. Avalia-se a honra da mulher por sua conduta moral, representando o sagrado familiar. O autor não levou em conta que se considera a reprodução 'biológica' atribuição feminina, e a esterilidade estigmatizante para a mulher, que se acha destituída de sua identidade feminina (Vargas, 1999). A expectativa social de que o casal gere filhos é tanto mais forte quanto mais próximas são as pessoas da rede familiar.

Da expectativa ou cobrança, podem surgir acusações de incapacidade de gerar: "Só a minha sogra me falava (...) me chamou de doente" (usuária, serviço privado, 35 anos). Essa entrevistada perdera uma trompa totalmente e outra parcialmente em gestações tubárias, de modo que a acusação da sogra, na época padecendo de uma doença mortal, foi extremamente dolorosa para ela. A reação à ausência de filhos foi além da cobrança, enquadrando com atributos negativos a mulher que não gera. A sogra, parente afim mais central – exceto o cônjuge – no jogo reprodutivo, chamou de doente essa informante. As demais informantes oriundas das camadas médias negam comentários negativos sobre a incapacidade de engravidar, o que confere com noções de privacidade mais demarcadas e com a etiqueta dessa camada social. O único comentário negativo se refere à dimensão de saúde, o que também denota a maior adesão dessas camadas ao discurso biomédico.

Entre informantes das camadas populares, as expressões sobre uma possível incapacidade de gerar são mais duras. O tipo de comentário nesses grupos vai além da caracterização médica de uma aflição, mas abrange a totalidade do ser, o que inclui a dimensão moral da pessoa. Algumas contaram ter sido "xingadas" (*sic*) de estéreis, alteração enquadrada no plano físico-moral (Duarte, 1986). Uma informante de serviço público de reprodução assistida foi chamada de "encruada", ao passo que informantes usuárias do Instituto de

Ginecologia da UFRJ foram intituladas de “maninha” quando viviam no Nordeste. Uma conta que, além de ter sido tachada de imprestável, ouviu a comparação de uma conhecida que se dizia mais mulher do que ela, porque tivera filhos. Outra foi denominada "mal-amada" por não ter filhos.

Outras referências comuns foram “figueira” e “árvore seca”. A pergunta “A fonte secou?” foi freqüente para homens e para mulheres. Uma mulher que tinha uma filha do primeiro casamento e outra natimorta, mas nenhum filho da união atual repete os comentários: “As pessoas falam que eu virei uma mulher seca”, que eu “sequei”, que sou “uma flor que murchou”. A própria mãe disse que ela era “como o pé de figueira que não dá mais figo” e os irmãos perguntam: “Como é, a fonte secou?”. Os colegas do marido dizem que ele já “secou”. Quando a mulher ou o casal voluntariamente resolve não ter mais filhos ou disfarçar essa impossibilidade, usa-se a expressão “fechar a fábrica”.

Compara-se o ato voluntário de não ter filhos a uma etapa de um processo produtivo artificial, ao passo que se compara esterilidade a fenômenos naturais: árvores sem fruto ou ressecadas, flores murchas, fontes que secaram. A metáfora da ‘secura’ é a mais freqüente. No tocante aos conteúdos simbólicos atribuídos à esterilidade e à fecundidade, Héritier (1984) observa a homologia entre mundo, corpo individual e sociedade. Nos sistemas simbólicos de representação, é comum a oposição de imagens de umidade fecunda e de aridez estéril. O texto da figueira é a imagem de esterilidade herdada da tradição bíblica mais citada. Uma informante relata que o sogro, para lhe mostrar sua condição de estéril, leu o texto bíblico no Evangelho de Mateus 21,18-20, em que Jesus amaldiçoa a figueira sem frutos: “Nunca mais nasça fruto de ti”, e a árvore seca. Ela discordou da interpretação.

Há diferentes reações quanto a assumir a condição médica, ou mesmo moral, de estéril. Em alguns casos, embora não seja o diagnóstico clínico da mulher, os fracassos sucessivos das tentativas a levam a assumir essa identidade. Essa informante, cuja filha nasceu após a quinta tentativa de fertilização *in vitro*, e que recorreu à reprodução assistida em clínica privada em função da infertilidade do marido, comenta: “Até porque depois o problema não era mais dele. O problema era nosso, porque tinha que pegar em mim. (...) Eu passei a achar que o problema era eu”.

As envolvidas em tratamento podem recusar a identidade de estéril (Vargas, 1999). Indagada sobre como se sentia por não engravidar ou se ouvira comentários a respeito, essa usuária de serviço público de reprodução assistida de 36 anos, com duas prenhezes tubárias, reagiu: “Eu não me incomodo, porque eu não me ‘sinto’ estéril. Porque infelizmente eu não tenho minhas duas trompas. Se não fosse isso, eu engravidava normalmente”.

Pode-se interpretar a mesma condição clínica de forma distinta, assumindo-se ou negando-se a identidade que a classificação médica confere. As classificações médicas são criadoras ou legitimadoras de estatutos sociais (Herlizch, 1984). O "sentir" é muito importante para se incorporar identidades. Esta informante apresenta sua situação médica como algo contornável, dizendo não se sentir estéril, no entanto outra entrevistada, usuária de clínica privada de reprodução assistida, que também perdeu as duas trompas, descreve sua situação como perda total da fertilidade: "Eu perdi as duas trompas. Aí (...) eu fiquei infértil. Perdi toda a minha fertilidade. Não podia mais engravidar". A informante que assume a condição de infértil pertence às camadas médias com maior adesão ao discurso médico, em que atributos corporais não implicam a desqualificação da pessoa, ao passo que a paciente que nega a condição pertence às camadas populares em que a configuração físico-moral informa a compreensão dessas alterações.

Nas camadas populares há relações tensas entre as mulheres com filhos e as que não podem tê-los: uma informante contou que em sua vizinhança as pessoas não queriam que ela pegasse nas crianças ou tocasse na barriga de grávida, e a acusavam de "ter olho". Uma paciente de serviço público de reprodução assistida, que engravidou, conta uma das "colegas" de tratamento, disse que, quando via uma grávida, tinha vontade de atacá-la. Outra informante sente angústia quando vê a barriga – grávida – das outras.

Indaguei às usuárias do Instituto de Ginecologia da UFRJ o que sentiam por não conseguirem engravidar. As respostas mais comuns foram depressão, choro, tristeza – inclusive ao ver crianças –, além de ansiedade e preocupação. Algumas se sentem magoadas com a fertilidade alheia. O único impulso positivo é procurar tratamento. Apenas uma disse que Deus a castigara (Dauster, 1983). Ela fizera abortos e não conseguia ter filhos novamente. Cita-se um rol de sentimentos negativos: vergonha, fragilidade, frustração, inferioridade, incapacidade de gerar, baixa auto-estima, culpa. Esta entrevistada relata o choque quando descobriu que o único meio de engravidar seria a fertilização *in vitro*: "Aí foi aquele baque para mim. Foi assim, um susto. Aí ele até falou: 'Dá um tempo para você realmente fazer a proveta, via *in vitro*'. Não é nem inseminação artificial. É inseminação *in vitro* mesmo. (...). Eu dei um tempo para minha cabeça esfriar" (Usuária, clínica privada de reprodução assistida, 34 anos, obstrução e uma prenhez tubárias).

Como reage o entorno? Uma delas conta que amigos lamentam a esterilidade do casal, pois eles merecem ter filhos. Outras dizem despertar pena. Acusam-se as que não conseguem gerar filhos de "ter olho", de ter inveja e de não ser mulher. As informantes de Vargas (1999) recusam o rótulo de figueira,

porque não poder engravidar corresponde a não ser mulher, o que ameaça a identidade feminina firmada no valor da dimensão reprodutiva. O simbolismo da figueira na construção da identidade de estéril se ampara em uma natureza que não tem vida, tão ruim que não dá fruto. Representa-se uma mulher frustrada em oposição àquela que se realizou porque gerou filhos (Dauster, 1983).

> *As minhas irmãs é que me enfezavam muito. Falavam que (...) quando morresse, eu ia virar uma tábua para as mulheres pisarem em cima se tivessem filho. Uma árvore que não dá fruto, corta ela, faça lenha. Está até na Bíblia. (...) 'Você é árvore sem fruto. Vai virar tábua para os outros passar, tem que te cortar e fazer lenha'.* (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 37 anos)

As imagens mostram a condição humilhante da mulher estéril em contraste com as que tiveram filhos. A vida delas é tão improdutiva como a árvore que não dá frutos e que, mesmo se direcionada para uma utilidade – virar lenha ou assoalho – deve servir para reverenciar as que tiveram uma vida produtiva: ser tábua para as com filhos pisarem. Essa informante de serviço público de reprodução assistida, que pretendia ter filhos sem companheiro, era a única da família sem filhos. Para livrar-se de tal identidade estigmatizada de estéril, as mulheres argumentam já terem experimentado a gravidez, mesmo que resultante em aborto (Vargas, 1999; Héritier, 1978). Várias que nunca tiveram filhos se vangloriavam de ter engravidado, mostrando que não eram figueiras secas.

A condição de infértil é um estigma social (Goffman, 1975), em que há uma "dinâmica da diferença vergonhosa", envolvendo avaliação negativa tanto por parte dos considerados estéreis como pelo grupo externo, uma vez que os primeiros, por falha biológica, não cumprem a norma social da procriação. A prática de segredo sobre a infertilidade ou sobre o tipo de tratamento médico necessário para superar a ausência de filhos é sinal da tentativa de ocultar a condição estigmatizante.

Murais no saguão com fotos de bebês são comuns em clínicas de ginecologia. A médica de uma clínica particular de reprodução assistida conta que alguns pacientes pedem para não exporem suas fotos na sala de espera. A clínica tem um mural interno, onde circulam apenas funcionários. Ela justifica a medida para evitar que se reconheça o filho de alguém que não deseja revelar o tratamento. Em outra clínica particular de ginecologia, onde se oferecia tratamento convencional e inseminação intra-uterina, o mural ficava na sala de espera. O médico pensou em fazer um mural só com as crianças nascidas de inseminação com o objetivo de "desmistificar o tratamento", mas as pacientes o dissuadiram. Há uma demanda por segredo por parte dos pacientes que re-

correram à reprodução assistida, evitando a própria identificação. Qual a razão do segredo senão a existência de uma "diferença vergonhosa", ou estigma?

Defendo a hipótese de que o segredo sobre a esterilidade e sobre o recurso às tecnologias de procriação se refira mais ao caráter estigmatizante de anormalidade e incapacidade, e artificialidade especificamente quanto às técnicas, do que a imperativos de privacidade pelo casal, embora a demanda por privacidade também esteja presente. Negava-se a entrevista porque outras pessoas saberiam sobre a esterilidade de um dos membros do casal. Houve mais reticência por parte dos maridos. Em alguns casos de infertilidade por fator masculino, a negativa da mulher em dar a entrevistas após sua primeira concordância relaciona-se à oposição do marido que não queria revelar sua condição. Em um dos casos de recurso à reprodução assistida por causa da esterilidade masculina, a informante aceitou a entrevista a despeito da oposição do marido. Na recusa, também se alegou o receio de atribuir o estigma ao filho, uma vez revelado o modo como foi gerado. Uma usuária de serviço público de reprodução assistida mudou de idéia e recusou a entrevista por causa do marido. Ela se justificou: o assunto era um segredo do casal, e apenas sua irmã sabia. O marido temia que outros soubessem e viessem a "zoar com o filho, dizendo que era bebê de proveta".

As usuárias de serviço de esterilidade sofrem estigmatização pelos próprios médicos que as enquadram como pacientes difíceis, problemáticas, angustiadas, ou muito sensíveis. Em campo, presenciei diversos relatos de sofrimento, raramente com extravasamento de emoções e choro brando, mas não se encontrou comportamento desviante de descontrole. No Instituto de Ginecologia, onde os médicos me franquearam o acesso às usuárias e eu desfrutava da confiança deles, várias vezes me encaminharam pacientes consideradas difíceis para conversar, e nunca encontrei casos de desespero diante da impossibilidade de ter filhos.[5] Nesse ponto, a reação emocional não tinha qualquer proporção com a suposta gravidade do caso: usuárias de menos de 25 anos, com pouco tempo de casadas e de tentativa de engravidar, estavam aflitíssimas, ao passo que outras acima dos 30 e com dez anos de casamento e tentativas estavam bastante calmas.

Outra dimensão do estigma é a atribuição de responsabilidade entre os cônjuges pela infertilidade. Era comum as informantes do Instituto de Ginecologia se perguntarem de quem seria a "culpa" (*sic*): dela ou do marido. Uma informante de 25 anos que perdera uma trompa em gravidez tubária disse: "Botei na cabeça que a culpa é minha". As famílias também se questionavam sobre a ausência de filhos, cada lado atribuindo ao cônjuge afim a culpa. Observei freqüentemente essa dinâmica de "empurrar a responsabilidade" no

Instituto de Ginecologia, onde um contingente significativo das usuárias estava em fase de investigação. Uma delas comparou a fertilidade de sua união anterior com a da segunda, dizendo que ela e o primeiro marido eram muito férteis, pegavam filho logo, por isso achava que a culpa de não engravidar no segundo casamento era do parceiro, que vivera com a namorada por cinco anos sem engravidá-la. Terminada a relação com a informante, o segundo marido casou-se com uma terceira mulher e teve um filho. Outra informante relata a especulação de ambas as famílias sobre qual dos dois teria problema. Acusava-se o marido dela de não poder ter filhos por ser transplantado, a despeito do desmentido médico. Uma informante, que tinha diagnóstico de ovário policístico desde a adolescência, conta a surpresa do marido diante do espermograma com resultado ruim: "Caramba! É comigo?".

Quando se constata problema em ambos os cônjuges, a solidariedade no diagnóstico ruim pode gerar maior união do casal. Com espermograma baixo, o marido tenta consolar sua esposa que tem ovário policístico, dizendo que o problema não é só dela, "vai ver que o ruim é ele". Ela responde que isso dificulta mais as coisas. Entre as informantes das classes populares, após um diagnóstico de infertilidade irreversível, várias sugeriram ao marido procurar outra parceira. A identificação da causa da infertilidade, entendida como responsabilidade, afeta a relação do casal, a despeito de os médicos frisarem que a infertilidade é um problema do casal, e não de um dos cônjuges. Uma informante contou que o marido se zangara com o resultado ruim do espermograma, pois ele "queria que o problema fosse meu – dela –, vivia me jogando na cara". Ela fizera um aborto com auxílio financeiro dele no início da união e julgava que, por isso, não podia mais engravidar. A informante estava menos ansiosa para engravidar após saber que a "culpa" não era dela.

Entre as usuárias de serviços de reprodução assistida, já se definira a razão da infertilidade, fato para o casal enfrentar. A reação à descoberta varia. Houve três reações diferentes em caso de "fator masculino": uma informante assumia que o problema era dela e que se tratava sem resultado, embora a origem da infertilidade estivesse no marido, que não se engajou no tratamento. Outra entrevistada, por sua vez, não escondeu que se tratava por causa de problemas do marido. Embora a razão do tratamento fosse a baixa contagem espermática, a terceira assumiu para si também a condição de infertilidade após o insucesso de algumas tentativas. As três informantes mencionadas eram das camadas médias.

Ainda nessa camada, houve eventos da vida reprodutiva que explicitaram a condição de infertilidade feminina: três sofreram gestações tubárias. Uma perdera as duas trompas; a segunda perdeu uma trompa, mas imediatamente

se constatou a obstrução da trompa restante e a impossibilidade de correção cirúrgica. Após duas prenhezes tubárias, a terceira ficou apenas com o pedaço de uma trompa e passou por orientação médica, tendo esperado anos para engravidar nesse estado. Quando procurou um serviço de infertilidade que lhe informou que o único recurso seria a FIV, ela ficou aliviada. Com o fim da indefinição de seu estatuto, procurou o tratamento e engravidou na primeira tentativa. Em dois outros casos não houve diagnóstico de infertilidade em nenhum dos cônjuges. Uma dessas informantes procurou um médico em busca de um diagnóstico. O médico, sem encontrar nenhuma causa, imediatamente sugeriu iniciar o tratamento, o que o casal recusou, para a perplexidade do ginecologista. Ela relata a angústia de passar anos a fio em investigações inconclusivas e trocando de médico. Um especialista identificou um cisto de endometriose em um ovário, que recebeu tratamento cirúrgico. Após uma tentativa de inseminação e duas tentativas de FIV com esse médico, ela trocou para um especialista de renome na mídia. Este identificou e tratou um endometrioma no útero – decorrência dos tratamentos anteriores –, empreendendo depois a última e bem-sucedida tentativa de FIV. Vivenciar indefinição de diagnóstico pode ser mais aflitivo do que a clareza de um diagnóstico negativo que permita tomar as providências necessárias. Um diagnóstico não é dado, mas é uma construção, conforme se depreende dos relatos em que falta clareza sobre o estatuto da paciente.

Entre as usuárias de serviços públicos de reprodução assistida, não houve exemplo de infertilidade masculina como única razão do tratamento. Duas delas fizeram laqueadura tubária e uma perdera as trompas em gestações tubárias; as três eram mães de filhos de uniões anteriores e tinham maridos sem filhos. Uma delas sugeriu ao marido que casasse com outra mulher para constituir família. A segunda disse que, se o marido tivesse filho com outra, pegaria a criança para criar e cessaria o tratamento. Não se encontrou entre as pacientes das camadas médias sugestão de ruptura do casamento por conta da infertilidade ou da eventualidade de o marido ter filho com outra para a esposa criar. Uma das entrevistadas tinha ovário policístico e fizera três tentativas de inseminação intra-uterina. Ela falou do medo de que o marido a abandonasse para ter filhos com outra, mesmo receio confessado pela terceira paciente laqueada.

Não se encontrou temor semelhante entre as informantes das camadas médias. As outras quatro tinham obstrução tubária, bilateral em três dos casos. A entrevistada com obstrução em uma trompa teria chance de engravidar sem fertilização *in vitro*, porém, como na época ela contava 38 anos, os médicos optaram por uma intervenção mais forte. Duas com obstrução bilateral relatam

anos de tratamentos ineficazes com médicos e clínicas vinculados a planos de saúde. A primeira se queixa da demora em identificar a causa do problema, pois todos os médicos lhe garantiam gravidez em seguida. Até que um médico lhe pediu o exame para ver o estado de suas trompas, a histerossalpingografia. Constatada a obstrução, ela recebeu o encaminhamento para um serviço público de reprodução assistida, e ficou aliviada. No encaminhamento da segunda para um serviço de reprodução assistida, o casal se submeteu a exames que identificaram o fator masculino, além da obstrução tubária bilateral. Ela foi uma das poucas a se entristecer quando soube da necessidade de FIV para engravidar. O marido, igualmente, se entristeceu ao descobrir que também "tinha problema".

Os depoimentos sobre a chegada a um diagnóstico de esterilidade e a identificação da "culpa" são reveladores. Primeiramente, a atribuição do diagnóstico a um dos componentes do casal é disputa não apenas entre os dois, mas entre as famílias, o que constitui fator de tensão no relacionamento. Em segundo lugar, embora o diagnóstico de infertilidade seja estigmatizante, para as mulheres entrevistadas que tinham histórias de tratamento de fertilidade longo e ineficaz, uma definição negativa que leve à tomada de providências é preferível à liminaridade de uma indefinição.

Comparando-se os depoimentos das entrevistadas de camadas sociais diferentes, parece que a condição de infertilidade levaria à ruptura da relação mais facilmente entre as informantes de camadas baixas do que entre as de camadas médias. São as informantes das camadas baixas que relatam o receio de serem abandonadas pela impossibilidade de ter filhos ou mesmo oferecem ao marido a opção de terminar a relação e procurar outra para procriar. Isso talvez represente a fragilidade do laço conjugal nessas camadas (Fonseca, 2000), por um lado. Por outro lado, os casais das camadas médias dispõem de acesso muito mais amplo a tratamento médico. Por isso, antevêem a existência de recursos para contornar a situação de infertilidade, o que preservaria o laço conjugal. Resta discutir o que significa infertilidade para os médicos.

## A Infertilidade como Problema Médico

Constrói-se socialmente a esterilidade sob o signo do "desvio", o que revela como o estatuto biológico do indivíduo se liga a seu estatuto social. Ao diagnosticar doenças, o médico nomeia o desvio biológico e, assim, ele cria o desvio social (Herzlich, 1984). O fato de considerar a esterilidade um problema ao longo da história e em diversas culturas e sociedades (Héritier, 1984) indica que o desvio social precede a compreensão de um desvio biológico. No tocante

à construção da infertilidade como problema médico, analisa-se de que modo esta passa a existir como realidade social, estruturada nas relações entre indivíduos e grupos, especialmente no tratamento médico (Herzlich, 1984).

Na abordagem da Organização Mundial da Saúde (OMS), representa-se a esterilidade epidemiologicamente: um problema que atinge de 8 a 10% dos casais no mundo (WHO, 1992). Em pesquisa em jornais de grande circulação da imprensa brasileira, encontrei várias estatísticas de prevalência da infertilidade com a tendência de aumento da proporção de inférteis. Segundo essas estatísticas – inclusive a da OMS – variam de 8% até 20% das pessoas ou dos casais no mundo com dificuldade para ter filhos.[6] A justificativa para a relevância do tema é epidemiológica: constrói-se a infertilidade como problema de grande escala na população mundial. Os estudos da OMS partem da seguinte definição de infertilidade: "dois anos de exposição ao risco de gravidez sem conceber" (WHO, 1992). Com tal definição aberta, a infertilidade vira problema de larga escala. Essa abordagem legitima demandas de setores do campo médico – a ginecologia e, mais recentemente, a medicina de reprodução humana – em função do contingente populacional atingido. Segundo Corrêa (2001), a discrepância dos resultados de pesquisas mundiais seria sinal de pouca confiabilidade. A autora alerta para o encurtamento progressivo do tempo tolerável de espera para engravidar sem recorrer a tratamento. A divulgação e oferta das técnicas de reprodução assistida impeliriam os casais a buscarem logo uma solução médica.

Merece destaque a imprecisão do conceito de infértil. Na demografia, infertilidade é ausência de filhos ou de nascidos vivos em mulheres fecundas, ignorando-se a decisão do casal sobre ter filhos (Barbosa, 1999). Dois livros de divulgação da reprodução assistida escritos por especialistas da área não definem infertilidade, apenas comentam sua incidência: segundo Chedid (2000), um em cada seis casais (15%) não consegue ter filhos; e Abdelmassih (1999) afirma que 20% dos casais em idade fértil experimentam dificuldades para ter filhos. O ponto comum é definir a esterilidade com base no casal, e não no homem ou na mulher isoladamente. As percentagens amplas reforçam o caráter de urgência do problema e a necessidade de investir em soluções como a reprodução assistida.

Tamanini (2003) afirma que o discurso médico constrói a categoria "casal infértil", tirando o foco da categoria mulher infértil, sem, no entanto, constituir a categoria homem infértil. No contexto da reprodução assistida, insere-se o homem na investigação clínica quando surgem técnicas para superar a infertilidade masculina, mas cuja aplicação ocorre no corpo feminino. A emergência da medicina de reprodução humana consiste na tentativa de superação da gineco-

logia, que tratava a infertilidade na mulher, e da urologia/andrologia, que lidava com a infertilidade masculina. Um especialista em reprodução humana afirma que “o tratamento da infertilidade é (...) diferente da ginecologia: é um tratamento do casal. O primeiro exame que nós solicitamos é um exame do marido e um exame dela. Isso é como se fosse um pré-requisito para fazer os outros exames”. A autonomização do campo da medicina de reprodução humana (Luna, 2000) implica a constituição do novo objeto de pesquisa e intervenção médica: o casal infértil, e não mais homens e mulheres inférteis isolados. No tocante às técnicas, o corte é o surgimento da fertilização *in vitro*. A despeito da menção à categoria “casal infértil”, na investigação e intervenção se busca a causa da infertilidade atribuindo-a a um dos componentes do par, conforme se vê nas estatísticas da etiologia.

Segundo estudos da OMS (WHO, 1992), a distribuição de causas da esterilidade varia nos continentes estudados. Na África, ao sul do Saara, encontra-se a prevalência de causas infecciosas – obstrução tubária bilateral, anormalidades tubárias adquiridas, aderências pélvicas –, passando de 60% dos casos, ao passo que nos países desenvolvidos mais de 50% dos casos se relacionam a desordens na ovulação ou a causas não demonstráveis – Esterilidade Sem Causa Aparente (Esca). Nas estatísticas, vê-se o caráter socialmente construído da infertilidade: nos países subdesenvolvidos, as causas relacionam-se à precariedade do atendimento à saúde ginecológica (Barbosa, 1999). Os índices nos países latino-americanos estão entre os dos desenvolvidos e os africanos.

Fatores não clínicos incidem na queda gradativa da fertilidade. Com a mudança no estilo de vida das mulheres – adiamento da maternidade, entrada da mulher no mercado de trabalho e ênfase na carreira –, o momento escolhido para ter filhos coincide com a idade de declínio da fertilidade feminina, em média aos 35 anos (Abdelmassih, 1999). O uso prolongado de contraceptivos pode acarretar períodos de infertilidade (Barbosa, 1999). Fatores ambientais, como efeito acumulativo e hereditário de radiação proveniente de experiências atômicas, resíduos de agrotóxicos na alimentação, uso de hormônios anabolizantes na pecuária, sedentarismo, consumo de álcool, drogas e fumo, estresse, influenciam a queda da capacidade fecundante do esperma. Estudos da qualidade do sêmen mostram que o homem na década de 1990 é menos fértil do que na década de 1960 (Abdelmassih, 1999).

Abdelmassih (1999) lista elementos que podem levar à esterilidade feminina: fator cervical, fator uterino, fator tubário, fator hormonal (ovulatório), fator peritonial, endometriose, fator imunológico. Chedid (2000) cita os problemas mais comuns na mulher: obstrução nas trompas, problemas na ovulação e nos ovários (ovário policístico); problemas em outras glândulas (tireóide); problemas no útero (miomas

ou fibromas e malformações); endometriose; hostilidade do muco cervical. Barbosa (1999) ressalta as infecções pélvicas que acarretam fibrose e obstrução tubárias. A autora menciona o quadro de abortamento habitual, em que a mulher engravida, mas a gestação não prossegue.

Segundo Abdelmassih (1999), as causas da esterilidade masculina são: varicocele, infecções e inflamações, fator hormonal, fator imunológico, azoospermia. Chedid (2000) identifica como causas mais comuns no homem problemas na produção dos espermatozóides no testículo ou para sua saída, resultando em quantidade baixa ou inexistente, ou diminuição na motilidade dos espermatozóides. Processos infecciosos estariam na raiz dessas alterações. Barbosa (1999) menciona problemas na função testicular e problemas sexuais. Abdelmassih (1999) inclui a esterilidade sem causa aparente no subtítulo "esterilidade do casal". Chedid (2000) descreve a produção de anticorpos anti-espermatozóide ou infertilidade de causa imunológica no corpo da mulher ou do homem – geralmente vasectomizado.

Em contraste com a abordagem de Abdelmassih e Chedid, especialistas em reprodução humana, as pesquisadoras das ciências sociais que analisam o tema destacam no contexto brasileiro a importância de problemas de saúde pública, como a falta de atendimento ginecológico regular, a deficiência no atendimento ao parto, a ilegalidade do aborto, fatores relacionados à infertilidade de origem infecciosa (Corrêa, 1998, 2001; Barbosa, 1999). Outro fator mencionado é o difícil acesso à contracepção medicamente controlada (Corrêa, 2001), que no Brasil se reflete na opção por esterilização definitiva com laqueadura tubária (Barbosa, 2000). As entrevistadas justificam a decisão de fazer a laqueadura por falta de orientação médica sobre outros métodos além da pílula anticoncepcional, medicamento descrito como causador de muitos efeitos colaterais.[7]

No tocante à distribuição da origem da infertilidade por parceiro, Barbosa (1999) cita a estatística de que 40% da infertilidade têm como origem o fator feminino, 40%, o fator masculino, e 20% são de origem combinada. Essa foi a estatística mais ouvida durante o trabalho de campo com a variação dos 20% restantes, em que 10% seriam de causa combinada e 10% seriam sem causa aparente.

No estudo da OMS sobre distribuição de causas de infertilidade por parceiro em países desenvolvidos, registra-se causa feminina em 37% dos casos, causa masculina em 8% e, em ambos os parceiros, em 35%. O mesmo estudo na África Subsaariana indica 31% de causa feminina, 22% de causa masculina e 21% com causa em ambos. Conforme a pesquisa da OMS, a causa exclusivamente feminina seria a origem mais comum tanto nos países

desenvolvidos (37%) como na África Subsaariana (31%), com divergência da magnitude da origem exclusivamente masculina, que constitui uma pequena proporção nos países desenvolvidos (8%) e uma parcela mais significativa nos subdesenvolvidos (22%). Em compensação, nos países desenvolvidos, cresce a proporção da origem da esterilidade no casal (35%), ao passo que na África Subsaariana ambos os elementos do par corresponderiam a uma fração menor (21%), embora bastante representativa.

A discrepância entre os dados apresentados por Barbosa e os dados da OMS confirma a afirmação de Corrêa (2001) de que, do ponto de vista médico-epidemiológico, a prevalência da infertilidade é mal conhecida. A autora aponta a dificuldade de definir com clareza a infertilidade e de identificar suas causas na prática clínica. Os livros de divulgação da reprodução assistida para o público leigo, como os de Abdelmassih (1999) e Chedid (2000), não mencionaram a proporção de causas por parceiro. É curiosa a distribuição simétrica da origem da infertilidade: 40% mulher, 40% homem e 20% do casal; ou 10% do casal e 10% Esca. Esse 'igualitarismo estatístico' confirma a tendência da medicina de reprodução humana a enfatizar o casal como objeto.

Tanto Chedid (2000) como Abdelmassih (1999) reportam estatísticas sobre a chance de um casal engravidar a cada ciclo menstrual. Segundo Chedid, a chance seria de 25%; Abdelmassih, por sua vez, menciona uma probabilidade menos favorável: entre 16 e 20% de chance no período fértil. Essas estimativas de chance de gravidez por ciclo menstrual são "inferências teóricas estabelecidas a partir do surgimento das técnicas de fertilização *in vitro* e relacionam o número de ciclos de tentativas a um determinado percentual de sucesso mensal", em ciclos espontâneos ou em qualquer tipo de tratamento (Tognotti & Pinotti, *apud* Barbosa, 1999: 79). Essas considerações aproximam situações "naturais" e os resultados da reprodução medicamente assistida (Barbosa, 1999). Corrêa (1998) assinala a tendência a apresentar nos textos de vulgarização a "hipofertilidade" peculiar da "natureza humana", que enfatiza as taxas de êxito das técnicas de reprodução assistida em detrimento da procriação sem intervenção externa. A técnica aparece como eficaz e a natureza, ineficiente.

A "Esterilidade Sem Causa Aparente" (Esca) é um exemplo revelador da dinâmica das classificações médicas, pois se trata de um não-diagnóstico: a infertilidade cuja origem não se identificou vira rótulo para um conjunto de casos sem diagnóstico para ausência de gravidez após um período de tentativas sem proteção. A orientação de especialistas da medicina de reprodução humana diante da esterilidade sem explicação é o recurso a técnicas menos invasivas da reprodução assistida, como a inseminação artificial. A providência tradicional é mandar o casal tentar engravidar em casa. No Instituto de Ginecologia da UFRJ,

havia a preocupação em dar alta a pacientes que estavam sob investigação por anos a fio, repetindo os exames sem se encontrar a causa. Quando o único encaminhamento era esperar em casa, o que as pacientes julgavam ter feito nos anos de investigação, várias protestavam e pediam o encaminhamento para uma “inseminação” (*sic*). A espera passiva em casa ou a adoção não configuravam uma solução aceitável. O período tolerável para esperar a gravidez reduz-se em função da oferta das novas técnicas e da percepção de queda da fertilidade feminina com a idade (Corrêa, 2001; Barbosa, 1999).

Mudou a rotina para as novas pacientes no Instituto de Ginecologia. Na entrada, recebiam o aviso de que passariam por um ou dois anos de investigação e tratamento. Caso não houvesse a gravidez ou um diagnóstico conclusivo, haveria o encaminhamento para os serviços públicos de reprodução assistida em São Paulo. Alertavam as pacientes com 36 anos que a investigação seria muito rápida para terem chance de se encaixar no limite de idade dos serviços, o que lhes aumentava a ansiedade. Uma reportagem exemplifica o grau das expectativas veiculadas na imprensa quanto à reprodução assistida: o subtítulo afirma que “nove em cada dez casais brasileiros inférteis conseguem ter filho com a ajuda da medicina”, e um dos entretítulos garante que “99% das mulheres estéreis já podem ser mães” (Carelli, 2001: 109). Tal abordagem, em que se representa uma medicina de reprodução humana praticamente infalível, conduz à idéia de que só não tem filhos quem não tentar o tratamento: trata-se da fertilidade prescritiva.

## Notas

1 Ver no sítio do IBGE: “Censo Demográfico – 2000 – Fecundidade Mortalidade; Tabela 1 – Taxas de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões 1940/2000”.

2 De modo semelhante aos casos analisados por Fonseca (1995), uma das entrevistadas de camada popular foi criada pela avó que pediu à mãe, casada novamente, para ficar com a neta. A coletivização da responsabilidade pela criança consiste nos sistemas de ajuda mútua, declinantes nas redes de parentesco e vizinhança (Souza, 1995).

3 Respostas espontâneas em proporções reduzidas foram: o marido não ter parentes; vida conjugal feliz; ter condições (materiais); querer uma menina (já tinha meninos); a expectativa de que o filho ampare a mãe na velhice; a solidão; querer filho com o marido; constituir família com o marido que já tem filhos de uniões anteriores; receio de o marido procurar outra para ter filhos. Muitas mencionaram mais de um motivo.

4 Ragoné (1994), em seu estudo sobre maternidade substituta comercial (barriga de aluguel) relata que as gestantes substitutas descartam a remuneração como motivação, pela convicção de que filho é uma dádiva que não tem preço.

5 Sobre o discurso da imprensa reportando o estereótipo do desespero de casais inférteis, ver Franklin (1990).

6 São 15% dos habitantes do planeta em Zágari (1995), 13 a 15% da população mundial em Caetano (1997) e 20% dos casais em Rezende (1999).

7 As laqueadas arrependidas eram, na maioria, mulheres que tiveram filhos muito jovens e não desejavam mais tê-los em sua primeira união, queixando-se do primeiro marido por comportamento violento ou irresponsável. Após a ruptura do primeiro casamento, elas encontram o novo companheiro – geralmente sem filhos –, o parceiro ideal, com quem gostariam de constituir família e que "merece" que ela lhe dê filhos.

# 3

# A Resposta da Biomedicina e o Engajamento das Usuárias

*Então meu filho não vai crescer dentro*
*de um vidro, como eu vi num filme?*

## A Medicalização da Reprodução

As novas tecnologias reprodutivas ou reprodução assistida consistem em tratamento paliativo para situações de esterilidade, substituindo o ato sexual como momento da procriação (Corrêa, 1998): sua novidade em relação ao tratamento convencional de esterilidade. As tecnologias de procriação promovem o "deslocamento do ato reprodutivo da esfera privada para um contexto de laboratório" (Novaes & Salem, 1995: 69). As novas tecnologias reprodutivas se relacionam ao processo de medicalização social, como um momento na medicalização da reprodução (Corrêa, 1998, 2001; Novaes & Salem, 1995; Barbosa, 1999).

Corrêa (2001) reporta vários aspectos do conceito de medicalização: a influência da inovação tecnológica na prática da medicina, introduzindo métodos diagnósticos e terapêuticos, medicamentos, equipamentos médicos, o que resulta no aumento do consumo de atos médicos e de medicamentos. A produção de atos médicos implica a expansão da comercialização de serviços e produtos médicos associados à proliferação tecnológica. A medicalização social diz respeito à redescrição, em termos médicos, de eventos fisiológicos e comportamentos sociais desviantes, o que se reflete no consumo médico e na produção de conhecimento pela medicina, submetendo o item medicalizado a uma prática especializada. Tal seria o caso da reprodução assistida, ao intervir na ausência involuntária de filhos.

O processo de medicalização da reprodução está em continuidade com o processo histórico mais longo de medicalização das famílias como política dos Estados modernos a partir do século XVIII, visando à melhoria da constituição das populações. Os Estados pretendem manter a força de trabalho, integrando o

crescimento demográfico ao desenvolvimento do aparelho de produção e controlando-o por aparelhos de poder mais adequados (Foucault, 1988a). Com o advento do Estado liberal, o objetivo é formar a população, realizando a dominação social, sua pacificação e integração. A filantropia assume a posição de intermediar o Estado não interventor e a iniciativa privada. A fim de difundir técnicas de bem-estar da população surge o pólo assistencial, no qual o Estado é o meio para divulgar o comportamento moral adequado. No pólo médico-higienista, o Estado é o meio material para aplicação de medidas de higiene pública e privada (Donzelot, 1986).

Foucault (1988a) analisa o papel da família nas políticas de saúde promovidas pelo Estado. Os cuidados necessários à sobrevivência e boa formação das crianças até a idade adulta viram problema médico. A família deve tornar-se meio adequado para essa tarefa. A saúde dos filhos torna-se meta essencial do grupo familiar, um aparelho estrito e localizado de formação. Como agente de medicalização, providenciar o cuidado higiênico do corpo e do espaço é uma das suas tarefas, contando com a orientação da literatura médica. O ponto de articulação entre o cuidado dos indivíduos e a saúde do corpo social é o grupo familiar que relaciona a ética privada da saúde ao controle coletivo da higiene e à técnica científica de tratamento pelos médicos. Intensificam-se as relações entre pais e filhos: o laço conjugal deve “organizar o que servirá de matriz para o indivíduo adulto”, produzindo “um ser humano elevado ao estado de maturidade” (Foucault, 1988a: 199).

Donzelot (1986) assinala a emergência no século XVIII do pensamento social e médico referente aos costumes educativos, o que resultou em duas linhas de promoção do empenho educacional: na burguesia e nas camadas populares. A família burguesa se retrai em função dos serviçais: coesão que reforça seu poder. A aliança com o médico promove a mulher burguesa ao *status* social de mãe, atribuindo-lhe mais autoridade do que ao pai, e, ao mesmo tempo, incrementa o poder do médico de repelir as práticas tradicionais de medicina.

Segundo Donzelot, o recentramento da família popular ocorre por redução aos seus membros, cortando os vínculos externos com a esfera social ampla. O objetivo das tarefas educativas é a vigilância contra tentações externas. A posição das mulheres varia nos dois tipos de família. A burguesa descobre uma missão na maternidade, ao revalorizar as atividades educativas contínuas com suas tarefas sociais e na família. A difusão das normas de assistência e de educação vira campo profissional. A mulher assume função educativa que se volta para a própria família ou para outras. Já a atividade profissional da mulher de classe popular é incoerente com a meta educativa de cuidar para a retração social de marido e filhos. As expectativas quanto aos filhos divergem nos tipos

familiares. Na família burguesa, instala-se um cordão sanitário para o desenvolvimento infantil seguro, em regime de liberação protegida. Em contraste, a infância das camadas populares vem em regime de liberdade vigiada, limitando a liberdade das ruas e dirigindo os meninos para a casa ou a escola, lugares de maior vigilância.

Nas camadas populares, a família desenvolve autonomia em relação às redes de solidariedade e dependência que a envolviam (Ariès, 1981). As normas higienistas para trabalho e a criação e educação das crianças propiciaram às mulheres poder contra a autoridade patriarcal na família. A revalorização da família no final do século XIX resulta da junção dessas duas estratégias, servindo de ponto de apoio da reforma moral e alvo das medidas de higiene. De um governo das famílias, em que estas são interlocutores do Estado, passa-se para o governo por meio da família, tornada suporte dos imperativos sociais. Por um lado, com a justificativa de defesa das crianças e mulheres, o Estado assume poder tutelar sobre a família; por outro, a família pode se apropriar das normas para o êxito do próprio grupo, que resolve em âmbito privado os problemas de normalidade de seus integrantes. A promoção do saber educativo faculta à família popular sua reorganização de acordo com prescrições da higiene doméstica, voltando-a para o cuidado com a prole (Donzelot, 1986).

O processo de medicalização da família se associa ao surgimento, no século XIX, de uma medicina que visa ao controle da saúde e do corpo nas camadas populares (Foucault, 1988b). O novo sistema liga a assistência médica ao pobre, o controle da saúde da força de trabalho e um esquadrinhamento da saúde pública que permite às camadas ricas se protegerem das classes perigosas. Para tanto, três sistemas coexistem: uma medicina assistencial voltada para os pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como vacinação e epidemias, e uma medicina privada para quem pudesse pagá-la. O higienismo é a corrente médica que estabelece a causalidade social das doenças, o que desemboca na intervenção política: com base na ação dos médicos higienistas, formam-se os sistemas de saúde e proteção social e médica na Alemanha e na Inglaterra. Apenas com as descobertas de Pasteur sobre a etiologia, que localiza nos germes a origem das doenças, o higienismo perde peso como corrente de pensamento, mas não na prática médica: pelo contrário, o intervencionismo e o controle social aumentam (Herzlich, 1984).

No século XVIII, o tamanho e a qualidade de vida da população tornam-se cruciais para o trabalho produtivo e uma ordem política estável, o que envolve os médicos na criação e manutenção da força de trabalho (Moscucci, 1990). Moscucci associa a nova postura em relação à saúde da mulher e da criança no período à importância política e econômica adquirida pela categoria 'população'

para o planejamento dos Estados. Em longo processo no contexto de profissionalização da atividade médica, o saber e práticas das mulheres para a cura e o trabalho das parteiras são tachados de charlatanismo e ignorância (Barbosa, 1999). A regulamentação e institucionalização da medicina afetam a atividade das parteiras: no século XV, na Alemanha, expede-se a primeira licença para essa prática, com o propósito de impedir a realização de abortos e de infanticídios.

Os regulamentos nos séculos XVII e XVIII visavam a restringir a prática da obstetrícia. Segundo Moscucci (1990), na institucionalização da profissão médica, a partir do século XVII, impedem-se as mulheres de obter licença de graduação em medicina nas universidades de Oxford e Cambridge. No século XVIII, com a criação do sistema de hospitais voluntários, as instituições médicas assumem o papel de prover cuidado ginecológico para mulheres pobres. Emerge uma nova classe de clínicos voltada para o atendimento de parto e de doenças de mulheres e crianças, que encampa a área de atuação das parteiras. Até então, tratava-se de atividade leiga, e não de uma responsabilidade médica. Segundo Moscucci (1990), apenas a partir do final do século XVIII as primeiras especialidades médicas como a urologia, a oftalmologia e a obstetrícia deixam de ser consideradas atividades de leigos e charlatães para integrar a medicina, o que ocorreu porque praticantes reivindicavam o estatuto profissional. Nos séculos XVIII e XIX, com a sistematização da obstetrícia e a emergência da ginecologia, legitima-se a idéia de que cuidados com o corpo feminino são espaço exclusivo de competência médica. As intervenções médicas visam à prevenção de riscos à saúde feminina e à garantia de nascimentos seguros, controlando os riscos do parto para a diminuição da mortalidade (Barbosa, 1999). Tais objetivos médicos se coadunam com as políticas dos Estados.

No século XIX, o saber médico volta-se para outro objeto e constitui uma nova especialidade: a ginecologia ou medicina da mulher. Rohden (2001) demonstra que o surgimento da ginecologia se relaciona a empreendimentos científicos centrados na classificação e na delimitação das fronteiras entre seres humanos. Além de tratar dos órgãos reprodutivos da mulher, a ginecologia constituía uma ciência da feminilidade e das diferenças entre homens e mulheres. Segundo Moscucci (1990), na cultura ocidental, há a crença de que sexo e reprodução são mais fundamentais para a natureza da mulher do que para a do homem.

No início do século XIX, a autonomização da ginecologia legitima a visão de que a finalidade do corpo feminino é a reprodução. Considera-se que puberdade, parto, menopausa afetam a mente e o corpo femininos de maneiras sem contrapartida no homem. Desde o final do século XVIII, o estudo das diferen-

ças sexuais ligou-se a debates sobre a função social dos sexos. Acreditava-se que somente a ciência poderia prover evidência conclusiva da alocação de papéis de gênero na sociedade. Após o iluminismo, a natureza, e não a religião ou a metafísica, deveria definir o lugar do homem e da mulher na nova ordem social (Moscucci, 1990). O iluminismo marca a mudança epistêmica na qual se enraízam as concepções de que a biologia (o corpo estável e a-histórico) é a base para prescrições sobre a ordem social (Laqueur, 1992). A construção médica de homem e mulher como termos dicotômicos não tinha fundamento na 'natureza', mas baseava-se em oposições ideológicas do pensamento ocidental. Na ginecologia, o conhecimento da "mulher natural" era o fundamento necessário para a patologia e a terapia (Moscucci, 1990).

Rohden (2001) discorre sobre a institucionalização da medicina no Brasil no século XIX, com a chegada da família real portuguesa. A Academia de Medicina defende um projeto de sociedade medicalizada, que subordina o direito, a educação, a política e a moral à verdade médica, inscrevendo a sociedade na evolução para a civilização. Na Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, desde 1809 lecionava-se a arte obstétrica. A cadeira de Partos integrou-se às faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia em sua criação em 1832. Os médicos passam a diagnosticar e tratar afecções ginecológicas. Também se oferece um curso de partos para regulamentar a atividade das parteiras, o que não impediu que a maior parte da população continuasse a recorrer a 'comadres' sem habilitação. Assim como na Europa do século XVIII, no Brasil do século XIX, no contexto de uma medicina intervencionista, os médicos propõem uma medicina higiênica de governo dos indivíduos. As crianças viram objeto de atenção devido aos altos índices de mortalidade, estabelecendo-se o papel da mãe higiênica. Nas famílias, moldes higiênicos vêm regular os papéis materno e paterno. Até o período colonial a Igreja era a instância exclusiva de regulação do sexo. No século XIX, o sexo se torna também objeto da medicina.

Nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro do século XIX até 1940, Rohden (2001) constata o interesse em assuntos voltados para as funções reprodutivas femininas. Já as teses referentes à urologia não debatem a reprodução masculina. No discurso médico, a mulher aparece presa à sua função sexual/reprodutiva, em contraste com o homem. Isso é explícito nas teses sobre esterilidade, cuja causa sempre se relaciona a falhas na mulher. Em 1902, recusou-se uma tese sobre a esterilização da mulher com a justificativa de que se trata de algo ofensivo à moral e aos bons costumes. Em 1893, o médico Francisco de Castro compara esterilização e a fecundação artificial no tocante à moralidade:

> A fecundação artificial é a procriação mediante o concurso de um operador, cuja intervenção corrige os desvios do processo natural na reprodução do homem. O marido fornece o princípio seminal, a substância fecundante, que o prático, por uma combinação operatória, encaminha à cavidade uterina, para determinar o contato do gérmen viril com o óvulo. (Castro *apud* Rohden, 2001: 172)

Esse médico relata que a Sociedade de Medicina Legal Francesa não considerou tal método ofensivo à moral, a despeito da intervenção direta de um terceiro no processo reprodutivo. Encontra-se aqui um exemplo de que a inseminação artificial homóloga, isto é, sem doador, já era tema de debate na França e recebeu menção no contexto brasileiro do século XIX.

No século XIX, houve a onda de criação de maternidades e hospitais voltados para doenças femininas, o que caracteriza a especialização dentro do campo médico. A ginecologia se separa da obstetrícia (Rohden, 2001). Quanto ao desenvolvimento de técnicas em si, cabe destacar, no século XVIII, a retomada e aperfeiçoamento do fórceps, além da cesariana e da adoção de medidas de assepsia e analgesia no século XIX (Rohden, 2001). No século XX, consolida-se a medicalização da gestação com atendimento pré-natal e no parto. Na segunda metade do século XX, a aplicação de técnicas de ultra-sonografia para acompanhar a gestação é um dos desenvolvimentos mais relevantes. O acesso direto a imagens do feto reproduzidas em um monitor na ultra-sonografia contribuiu para a visão de autonomia do feto quanto ao corpo materno (Barbosa, 1999). Criam-se procedimentos de diagnóstico fetal como a ultra-sonografia obstétrica. Entre as técnicas de testagem pré-natal, salientam-se a amniocentese e a biopsia de vilosidades coriônicas (Hubbard, 1990; Cowan, 1992). A amniocentese difundiu-se desde a década de 1970 nos Estados Unidos.

## O Desenvolvimento das Técnicas de Reprodução Assistida

As primeiras experiências de substituir o coito na reprodução foram feitas em animais. Antes de se disseminar para a medicina, sua difusão e aperfeiçoamento ocorreram na veterinária com propósitos de melhorar a produção na pecuária, como a inseminação artificial na procriação animal (Edwards, 1991). A reprodução assistida consiste de técnicas de baixa complexidade (inseminação artificial), e de alta complexidade, com manipulação de ambos os gametas em laboratório: principalmente a fertilização *in vitro* (FIV) e a (ICSI). O naturalista Lazzaro Spalanzani iniciou as experiências com inseminação artificial. Usou sapos nos experimentos para provar a qualidade fecundante do sêmen e fez a

primeira inseminação artificial em uma cadela em torno de 1770 (Laqueur, 1992; Correia, 1997).

No desenvolvimento da inseminação artificial, houve mudanças no ponto de aplicação: intravaginal, intracervical e intra-uterina (WHO, 1992). Em 1791, Hunter registrou a primeira experiência de inseminação artificial entre marido e mulher, mas a primeira gravidez é de 1799 (Rede Feminista de Saúde, 2003). As experiências de fertilização *in vitro* em mamíferos com oócitos (óvulos) de coelhas e de porquinhos-da-índia começaram em 1878 (WHO, 1992). A primeira transferência de embrião em animais data da última década do século XIX (Wit & Corea, 1991). Em 1884, nos Estados Unidos, fez-se a primeira inseminação com doador em caso de infertilidade do marido. Em 1897, o Santo Ofício do Vaticano proibiu a inseminação, por efetivar a procriação sem coito e com masturbação, violando a lei natural (Stolcke, 1986).

Na primeira década do século XX, registra-se gravidez com sêmen de doador (WHO, 1992). Na década de 1930, a inseminação artificial se difunde na pecuária. Nos anos 40, induz-se a ovulação em coelhas, ovelhas, vacas e cabras. Há relatos de inseminação humana na Europa e nos Estados Unidos na mesma época (Wit & Corea, 1991). O primeiro nascimento por inseminação humana com sêmen congelado (criopreservado) ocorre nos Estados Unidos em 1953. A criopreservação de sêmen tornou-se um procedimento de rotina, o que permitiu a criação de bancos de sêmen em diversos países (Rede Feminista de Saúde, 2003; WHO, 1992). Em 1959, libera-se a venda da pílula anticoncepcional nos Estados Unidos (Wit & Corea, 1991). A inseminação com sêmen de doador (IAD) difunde-se a partir dos anos 60 do último século. O aumento de eficácia da inseminação inclui a estimulação ovariana com gonadotrofinas e o tratamento do sêmen (WHO, 1992). Corrêa (2001) observa que a substituição do sêmen fresco pelo criopreservado, ao inserir um intervalo entre o ato da doação e sua recepção, possibilitou a garantia do anonimato do doador e do sigilo sobre a doação, bem como a pesquisa de doenças sexualmente transmissíveis com a testagem do sêmen.

Com óvulos humanos, o primeiro registro publicado de tentativa de FIV data de 1944. Nessa década, transferem-se embriões do útero de uma vaca para outra e começam as experiências de congelamento de embriões animais. A FIV com óvulos de mamíferos se desenvolve nos anos 50 do último século, bem como técnicas de centrifugação do sêmen para separar espermatozóides por sexo, considerando cromossomas X e Y (Wit & Corea, 1991).

Robert Edwards, um especialista inglês em reprodução, forma uma equipe para a pesquisa da FIV em humanos nos anos 60 (Wit & Corea, 1991). Em 1970, registra-se a coleta de óvulos por meio de laparoscopia. Em 1973, houve

uma gestação bioquímica, isto é, o aumento passageiro da gonadotrofina coriônica, após a transferência de um embrião humano com oito células, gestação essa que não prosseguiu (WHO, 1992). Começa o êxito no congelamento e descongelamento de embriões animais. Na pecuária, ocorre o nascimento do primeiro novilho, a partir de embriões congelados em 1974. Forma-se a Sociedade Internacional de Transferência de Embriões (IETS), disseminando a técnica na pecuária e envolvendo investimentos vultosos (Wit & Corea, 1991).

O nascimento do primeiro bebê de proveta em 1978 resulta da pesquisa de Edwards e Patrick Steptoe, ginecologista obstetra. Desenvolvido para infertilidade por fator tubário, o tratamento se estende para infertilidade sem causa aparente em 1980; em 1983, para endometriose; em 1984, para fator imunológico e para fator masculino; em 1985, para fator cervical. Em 1983, se logram gravidez com embriões doados e a primeira experiência bem-sucedida de criopreservação de embriões humanos. A primeira gravidez com doação de óvulos em caso de falência ovariana ocorreu em 1984 (WHO, 1992).

Esse retrospecto mostra que, no século XX, a pesquisa básica em reprodução se desenvolve primeiramente na pecuária e na veterinária, e depois se volta para a infertilidade humana. Esse processo inclui a migração de profissionais como Jacques Testart, um especialista em fisiologia da reprodução animal e pesquisador do Instituto Nacional da Pesquisa Agronômica, na França. Ele desenvolvia uma técnica de lavagem de embriões de uma vaca inseminada para o útero de outra. Em 1977, ele se integra ao laboratório de um hospital, onde pesquisa a FIV humana. Testart usa óvulos doados por voluntárias que iam sofrer cirurgias de laqueadura. Induzia-se a ovulação e marcava-se a operação para o momento da ovulação. Os doadores de esperma não remunerados eram os profissionais do hospital e a equipe de pesquisa. Não se transferiam os embriões. Somente após o nascimento do primeiro bebê de proveta na Inglaterra, inicia-se o projeto de tratamento com casais inférteis, obtendo-se o nascimento em 1981 (Testart, 1995).

Nos anos 50 e 60 do último século, houve as primeiras experiências de indução da ovulação no tratamento convencional de esterilidade, com citrato de clomifeno; gonadotrofinas da mulher “menopausada” (HMG); hormônio folículo-estimulante (FSH) e gonadotrofina coriônica (WHO, 1992). Na FIV, captava-se o óvulo em ciclos espontâneos,[1] alcançando-se apenas 6% de nascimentos por tentativa. Para aumentar a efetividade da técnica, passou-se a induzir a superovulação com citrato de clomifeno, logrando-se o primeiro nascimento em 1981. O objetivo da superovulação é obter mais embriões para transferência, o que triplica a eficácia da técnica. O tratamento com FSH e com HMG se difunde na reprodução assistida (WHO, 1992; Speroff, Glass & Kase, 1995).

Por risco de gestações múltiplas, evita-se a transferência de embriões formados em número excessivo. O congelamento dos embriões excedentes torna-se outro recurso para aumentar a eficácia do método, permitindo a transferência posterior caso não haja gravidez ou se desejem mais filhos, sem a necessidade de novo ciclo de FIV. Prepara-se o endométrio com medicação hormonal e avalia-se a sua espessura por ultra-sonografia, antes da transferência (Speroff, Glass & Kase, 1995). Salienta-se que a prática de congelamento de embriões se relaciona à dificuldade técnica de congelamento de óvulos. Houve uma gestação com óvulos criopreservados em 1986, procedimento que teve raríssimos registros de sucesso (WHO, 1992; Testart, 1995; Luna, 2002a).

A coleta de óvulos ocorria por laparoscopia desde 1970 (WHO, 1992).[2] Edwards e Steptoe conseguiram identificar o momento da ovulação para captar o óvulo em ciclo espontâneo fazendo a dosagem do hormônio luteinizante (LH) de três em três horas em 1978 (Speroff, Glass & Kase, 1995). Em 1981, registra-se a coleta laparoscópica guiada por ultra-sonografia. Em 1985, faz-se a aspiração dos folículos ovarianos por punção no fundo de saco vaginal guiada por ultra-sonografia (WHO, 1992). Uma agulha passa por guia esterilizado ligado ao transdutor de ultra-som transvaginal e se dirige ao ovário para puncionar um folículo e aspirar este e todos os adjacentes (Speroff, Glass & Kase, 1995). A bibliografia técnica atual (Speroff, Glass & Kase, 1995) e a de divulgação (Chedid, 2000; Abdelmassih, 1999) apresentam a punção de ovário guiada por ultra-sonografia transvaginal como o único modo de captação de oócito.

Desenvolvem-se outras técnicas que manipulam o óvulo fora do corpo, como na Fertilização *In vitro* e Transferência Embrionária (Fivete), podendo variar quanto ao local da fertilização – *in vitro* (externa), ou *in vivo* (dentro do corpo) –, ao tipo de transferência, que na Fivete é feita para o útero, e ao modo ou estágio da fertilização. Na Fivete, transfere-se um embrião de quatro a dez células após 48 a 72 horas da fertilização. Há a possibilidade de transferência no quinto dia, em estágio de blastocisto (Speroff, Glass & Kase, 1995). Na transferência intratubária de gametas (GIFT), a fertilização ocorre dentro do corpo, colocando óvulos e espermatozóides na trompa. Em 1984, houve a primeira gestação por GIFT, com laparotomia (WHO, 1992). Passou-se a transferir gametas por laparoscopia, e mais recentemente por canulação transcervical da trompa (Speroff, Glass & Kase, 1995). A transferência intratubária de zigoto (ZIFT), embrião de um dia, gerou gravidez em 1986. Em 1987, ocorre gravidez por transferência tubária de ovócito em estágio de pró-núcleo (Prost), estágio do óvulo recém-fecundado anterior à fusão dos núcleos do óvulo e do espermatozóide (WHO, 1992). Na transferência de oócito e esperma para o peritônio (Post), injetam-se sêmen e óvulo na cavidade

peritonial (Speroff, Glass & Kase, 1995). Essas técnicas implicam a transferência para parte do corpo que não o útero – trompas, peritônio –, envolvem distintas etapas do desenvolvimento embrionário (ZIFT, Prost), ou união dos gametas dentro do corpo (GIFT, Post). Em todas, colocam-se gametas em contato dentro ou fora do corpo.

Técnicas de micromanipulação alteram o modo de contato de óvulo e espermatozóides. Na inserção subzonal de espermatozóides (Suzi), introduzem-se de cinco a dez espermatozóides no espaço entre a zona pelúcida – revestimento externo – e a membrana celular do óvulo, com registro de uma gestação em 1989. Desenvolveu-se esse método em função de casos de infertilidade masculina com espermatozóides imóveis, contagem extremamente baixa e incapacidade de penetrar o revestimento externo (WHO, 1992; Speroff, Glass & Kase, 1995).

Em 1991, acidentalmente injetou-se um espermatozóide no citoplasma do óvulo e ocorreu a fertilização. Transferiu-se o embrião, e em 1992 nasceu o primeiro bebê por meio da técnica depois denominada ICSI (Rede Feminista de Saúde, 2003). A ICSI permite ultrapassar mecanismos protetores do óvulo contra espermatozóides anormais (Speroff, Glass & Kase, 1995). Abdelmassih (1999) considera que a técnica ampliou o atendimento, pois tanto a inseminação intra-uterina como a FIV dependem de número grande e boa qualidade de espermatozóides no sêmen, que pode ser submetido à capacitação espermática. Quantidades muito reduzidas ou baixa qualidade impossibilitariam o recurso à reprodução assistida, mas, com a ICSI, um número mínimo de espermatozóides é necessário. A ICSI permitiu a inclusão desse grupo de homens inférteis na reprodução assistida sem depender de doação de sêmen.

Criaram-se técnicas auxiliares para obter espermatozóides de homens com doença obstrutiva ou de vasectomia, e assim realizar a ICSI. São a Aspiração Percutânea de Espermatozóides do Epidídimo (Pesa), a Aspiração Testicular de Espermatozóides (Tesa) e a Extração Testicular de Espermatozóides (Tese) ou biópsia de testículo. Extraem-se os espermatozóides por meio de uma injeção no epidídimo, no testículo, ou de retirada de tecido do testículo (Abdelmassih, 1999). A biópsia implica maior invasão do corpo masculino, o que se acentua na microdissecção, quando se extraem túbulos seminíferos do meio do testículo, local de maior concentração de espermatozóides (Luna, 2002a).

O campo da medicina de reprodução humana não absorve todas as inovações técnicas. Ao entrevistar os profissionais de serviços públicos e de clínicas particulares, perguntei pelos tipos de tratamento de infertilidade oferecidos: as respostas se restringiam a coito programado (com ou sem estimulação ovariana

e monitoração por ultra-sonografia), inseminação intra-uterina, FVI e ICSI, esta última nem sempre presente. Alguns só lembraram de mencionar o tratamento convencional de coito programado depois de indagados sobre sua existência. Um dos médicos entrevistados, com pesquisa de doutorado na área de reprodução humana, mencionou as técnicas GIFT e Post. Citando dados estatísticos da Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida, ele confirmou que técnicas estariam caindo em desuso. Os relatos indicam que houve o uso e abandono de técnicas, e que algumas nem mesmo chegaram a integrar a rotina dos serviços.

Verificando-se os dados do *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida 2001*, percebem-se as mudanças de escolha dos métodos ao longo dos anos (Zegers-Hochschild & Galdames Inguerzon, 2001). Em 1991, ano do primeiro levantamento, "GIFT e outros"[3] somavam 22,5% das aspirações, enquanto FIV constituía 77,5% das aspirações. Em 1993, ano seguinte ao do primeiro nascimento por ICSI, 3,7% das aspirações destinavam-se à nova técnica, 15,4% correspondiam a GIFT e outros, ao passo que 80,9% das aspirações eram para FIV. Em 2001, a proporção se inverteu, 71,5% das aspirações correspondendo a ICSI, 0,4% para GIFT e outros, e 28,1% para FIV. As mudanças revelam o dinamismo do campo da reprodução assistida: algumas técnicas estão virtualmente descartadas, e outras, recentes e criadas para problemas específicos, como a ICSI, passam a ser a opção prioritária.

A investigação em embriões é outra técnica complementar da reprodução assistida (Rotania, 2001a). Os primeiros artigos com experimentos de biópsia de embriões humanos são de 1989. No diagnóstico genético pré-implantação (PGD), retira-se um blastômero (célula) de um embrião no estágio de seis a oito células para testá-lo antes de sua transferência. Os exames foram efetivos para duas doenças ligadas ao cromossomo X – a síndrome do X frágil ou retardo mental ligado ao cromossomo X, e a adrenoleucodistrofia – e para a seleção sexual de embriões. A principal técnica para testar as alterações era a reação polimerase em cadeia (PCR), que permite detectar doenças provocadas por defeitos em um só gene, como a fibrose cística, a distrofia muscular de Duchene, anemia falciforme, doença de Tay-Sachs e síndrome de Lesch-Nyan (WHO, 1992; Speroff, Glass & Kase, 1995). Em 1996, introduz-se a técnica de hibridização *in situ* por fluorescência (Fish), que detecta anomalias cromossômicas como as síndromes de Down, de Edwards e de Patau, além de identificar o sexo do embrião (Abdelmassih, 1999).[4] Abdelmassih salienta a proibição da escolha do sexo do bebê, restrita a evitar doenças hereditárias ligadas ao sexo como a hemofilia (1999). Não existe legislação brasileira sobre reprodução assistida, mas a proibição de seleção sexual de embriões, exceto

para doenças ligadas ao sexo, consta da Resolução 1.358/92 do Conselho Federal de Medicina.[5]

## O Ciclo FIV

A primeira fase do ciclo de tentativa de FIV é a indução de ovulação, que compreende aplicação de injeções hormonais, monitoração da ovulação por meio de ultra-sonografia a partir do sétimo dia, bem como exames de sangue para verificar dosagens hormonais. Há dois tipos básicos de esquema de indução, o ciclo longo e o ciclo curto:

> *No ciclo longo, se faz um bloqueio do ovário primeiro para ele parar de funcionar, se faz um bloqueio (...) para zerar qualquer crescimento de folículo, para não pegar (...) nenhum folículo em andamento. (...) Porque tem um hormônio que provoca a ovulação. O LH sobe em determinada época e provoca a ovulação. E quando a gente está fazendo um ciclo de fertilização* in vitro*, a gente quer controlar tudo isso. Então a gente zera toda a produção hormonal do ovário e faz mais ou menos uns 14 dias (...) ou 15 dias de bloqueio. Depois vai começar o estímulo. Esse é o ciclo longo. O ciclo curto, a gente começa um bloqueio praticamente junto com o estímulo, que são pacientes que a gente não quer bloquear muito, porque elas têm uma reserva ovariana um pouco baixa, ou pela idade. Se a gente está prevendo que talvez ela não tenha muitos folículos para a gente poder fazer a punção, a gente faz geralmente o ciclo curto.* (Médica)

Existem dois tipos de protocolo de hiperestímulo controlado do ovário: um longo, em que o bloqueio começa na metade do ciclo menstrual anterior ao ciclo induzido para FIV, e um curto, em que o bloqueio começa no oitavo dia do ciclo FIV. Aplica-se o protocolo curto em pacientes que respondem mal à indução, as "más respondedoras". No ciclo longo, usam-se drogas para bloquear o estímulo do sistema nervoso central (hipófise), impedindo a produção de gonadotrofinas que estimulariam a ovulação. Bloqueia-se a função central que produz o pico do hormônio luteinizante (LH) para evitar o cancelamento do ciclo quando a ovulação ocorre antes do momento programado e inviabiliza a captação dos oócitos (WHO, 1992; Speroff, Glass & Kase, 1995).[6]

A segunda etapa consiste na captação dos óvulos. Aplica-se injeção de hormônio gonadotrófico humano (hCG) para induzir a maturação final dos folículos ovarianos. Monitora-se a aspiração dos folículos por ultra-sonografia, com a paciente sob sedação. No dia da aspiração, o companheiro comparece para a coleta de sêmen por masturbação. A terceira fase ocorre no laboratório,

onde o embriologista coloca cada óvulo maduro em placa de Petri e acrescenta o sêmen preparado. Avalia-se a fertilização e o desenvolvimento embrionário por três dias. Com o êxito na clivagem dos embriões, vem a quarta fase, a transferência dos embriões por meio de um cateter que passa pelo colo do útero. Após a transferência, pede-se imobilidade absoluta na primeira hora, e repouso até o dia do exame. O grau de repouso exigido varia entre os serviços. Não vindo a menstruação, a paciente faz exame de sangue para verificar a gravidez, o Beta-hCG, 12 dias depois da transferência. Confirmada a gestação, a paciente recebe suplementação de progesterona nos três primeiros meses para "segurar a gravidez". Alguns programas acompanham a gravidez até o primeiro exame de ultra-sonografia que confirme o batimento cardíaco fetal, entre a sexta e a oitava semanas; em outros, ela é acompanhada até o fim do terceiro mês, e então se encaminha a paciente de volta para seu ginecologista, que a atenderá no restante da gravidez.

Na ICSI, a diferença se limita ao procedimento de fertilização no laboratório. A inseminação intra-uterina tem protocolo mais simples, com dose bem menor de hormônios e sem bloqueio, captação de oócitos nem transferência de embriões. A suplementação de progesterona não é necessária na gestação. Na inseminação, o estímulo é mais fraco, a fim de amadurecer um número menor de folículos ovarianos, evitando-se a gestação múltipla.

## Clonagem e Técnicas Experimentais na Reprodução Assistida: a fronteira

As primeiras experiências com clonagem datam de 1894, quando se separam células de embriões de ouriço-do-mar e se desenvolvem larvas pequenas e completas. Em 1901, divide-se um embrião de salamandra e se produzem duas larvas. Em 1903, um botânico cunha o termo 'clone': "uma colônia de organismos que, de modo assexuado, deriva de apenas um progenitor" (Rumjanek, 2001: 35). Nas décadas de 40 e 50, clonam-se vários animais por fissão de embriões. Em 1952, faz-se o transplante do núcleo de uma célula embrionária de sapo para um óvulo enucleado com geração de girinos e, posteriormente, sapos. Em 1964, obtém-se o desenvolvimento de uma cenoura completa a partir de células de suas raízes. No mesmo ano, clonam-se células somáticas adultas, com uso da técnica de transferência nuclear de células intestinais de girinos, um método que se aperfeiçoa com girinos e sapos na década de 1970. Em 1983, desenvolve-se a transferência nuclear em embriões de mamíferos e se transplantam núcleos de células embrionárias de camundongos para óvulos enucleados. Nessa década,

consegue-se o mesmo com bois, ovelhas, porcos, bodes e ratos, até se obter o nascimento de um bezerro em 1993.

Em 1997, o Instituto Roslin, na Escócia, anuncia o êxito na primeira clonagem de mamífero por transferência de núcleo de célula somática adulta, com o nascimento da ovelha Dolly (Rumjanek, 2001). Nos anos seguintes, clonam-se vários mamíferos, principalmente a partir de células embrionárias, mas também com células adultas. Nos experimentos de clonagem envolvendo células de seres humanos, em 1993, realizou-se a clonagem de um embrião humano inviável por fissão gemelar, isto é, com a separação de suas células (Os avanços da reprodução humana em laboratório, 1998).

Em novembro de 2001, despertando grande polêmica, a empresa americana de biotecnologia Advanced Cell Technology divulgou o desenvolvimento de um embrião humano por meio da técnica de clonagem por transferência nuclear. O máximo de desenvolvimento alcançado foi o estágio de seis células, e a companhia frisou que seu objetivo era a obtenção de células-tronco (Empresa clona 1º embrião humano, 2001; Empresa dos EUA clona embrião humano, 2001).

Em 2002, o especialista em reprodução humana Severino Antinori relatou que gestações de fetos gerados por meio da clonagem estavam em curso (Ginecologista.anuncia clone humano, 2002). No Natal, a empresa Clonaid, da seita dos raelianos, anunciou o nascimento do primeiro clone humano (Seita diz ter criado bebê clonado, 2002). Nenhum dos dois apresentou comprovação de êxito. Em 2004, cientistas coreanos da Universidade Nacional de Seul comunicaram a clonagem de trinta embriões humanos por transferência de núcleo de célula somática adulta, com extração de células-tronco, o que abriria caminho para a clonagem com objetivos terapêuticos (Azevedo, Jansen & Braga, 2004). Depois do relato de êxitos, constatou-se fraude nas pesquisas, processo analisado por Souza e Caitité (2006).

Na clonagem com objetivos terapêuticos, cultivam-se embriões em laboratório para obtenção de células-tronco e não se faz transferência para o útero. Célula-tronco é aquela “com capacidade de auto-renovação ilimitada/prolongada, capaz de produzir pelo menos um tipo de célula altamente diferenciada” (Pereira, 2002: 65). Na década de 1980, isolaram-se células-tronco embrionárias de camundongo em laboratório. Em 1998, desenvolveram-se as primeiras linhagens de células-tronco embrionárias humanas. O óvulo fertilizado até a fase de mórula (terceiro dia de desenvolvimento) é composto de células totipotentes, isto é, cada uma pode gerar um novo embrião. Retiradas do nó embrionário (estrutura que origina o corpo de embrião) de blastocistos no quinto dia de desenvolvimento, as células-tronco embrionárias são pluripotentes: formam qualquer célula do organismo adulto (Carvalho, 2001).

A partir das células-tronco embrionárias pluripotentes seria possível criar tecidos para transplante, o que permitiria a cura de diversas doenças (Pereira, 2002). Em seres humanos nascidos, existem células-tronco adultas na medula óssea e no sangue do cordão umbilical que geram células da linhagem sangüínea e podem formar órgãos e tecidos de mesma origem embrionária. Há células-tronco adultas com potencial de diferenciação limitado ao próprio tecido (Carvalho, 2001; Pereira, 2002). A Igreja Católica, grupos de defesa do embrião humano e uma minoria de cientistas advogam o uso restrito às células adultas, evitando a destruição de embriões para obtenção de células-tronco (Nos EUA, alvoroço contra a clonagem, 2004; Escobar, 2004; Azevedo, 2003).

Houve menção a técnicas experimentais em palestras, congressos e simpósios, todas já citadas em seções de divulgação científica da grande imprensa brasileira (Luna, 2002a). O dr. Roger Abdelmassih, na palestra "Manipulação genética e reprodução assistida", relatou a pesquisa de haploidização de células somáticas com o objetivo de fabricar óvulos.[7] Na técnica se reduz a dotação genética do núcleo de um conjunto de 23 pares de cromossomas (2n) para um conjunto simples de 23 cromossomas (n). Transfere-se o núcleo para um óvulo enucleado e se fecunda o óvulo fabricado com espermatozóides. Embora use transferência de núcleo, a técnica difere da clonagem, porque há fecundação (Luna, 2002a).

Na mesa-redonda sobre infertilidade masculina do VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida, dr. Jorge Hallak, na comunicação "Aspectos atuais do tratamento médico-cirúrgico", mencionou a criopreservação do parênquima testicular, ou "congelamento de testículo". A técnica visa a preservar a fertilidade de pacientes que vão se submeter à quimio ou radioterapia, em particular dos impúberes, que não ejaculam, o que impede a coleta de sêmen prévia ao tratamento (Transplante.de testículo pode curar esterilidade, 1999). O dr. Jorge Borges Fragoso, na mesma mesa, tratou do "Potencial terapêutico e limitações do transplante de espermatogônias". Transplantam-se as células produtoras de espermatozóides para um animal hospedeiro, a fim de propiciar um meio mais saudável para o desenvolvimento de gametas, uma técnica ainda não experimentada em humanos.[8] O dr. Fragoso relatou técnicas de micromanipulação, em que se injetam células precursoras dos espermatozóides (as espermátides ou células alongadas e as células redondas) nos óvulos, para propiciar a fertilização.[9] Um congressista perguntou sobre o amadurecimento de espermatozóides no laboratório, dizendo que a técnica com espermatogônias seria "*science fiction*" (*sic*).

Ainda no VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida, a pesquisadora Vanessa Rawe apresentou a comunicação "Maturação *in vitro* de oócitos

humanos" e incluiu o transplante de citoplasma nas abordagens futurísticas. O dr. Dmitri I. Dozortsev abordou a técnica no Simpósio Internacional Revisão Crítica dos Avanços em Reprodução Assistida, em São Paulo, novembro de 2002. As matérias da grande imprensa designam o transplante de citoplasma de "rejuvenescimento de óvulos". Seu objetivo é melhorar a qualidade dos óvulos de mulheres mais velhas e aumentar as chances de fertilização por meio da injeção de uma porção de 10 a 15% do citoplasma de óvulos de doadora jovem (Weber, 1998). Houve destaque na imprensa para a maturação de folículo ovariano *in vitro* ou de tecido ovariano *in vivo*, em que se retira tecido a fim de congelar e devolver ao corpo da mulher ou para transplantá-lo e cultivá-lo em animal hospedeiro (Rossi-Ferragut, 2001) no último caso, de modo semelhante à técnica com espermatogônias. Uma embriologista entrevistada pesquisava a criopreservação de parênquima ovariano em felinos. Salienta-se que, no desenvolvimento das tecnologias reprodutivas, o grau de intervenção não se restringe ao corpo feminino, mas alcança o masculino e desce para níveis microscópicos (Luna, 2002a).

No VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida, houve queixas sobre o "furor da imprensa por novidades". Um moderador comentou sua resposta a mensagens de correio eletrônico perguntando sobre tratamentos publicados em notícias de jornal: não existem publicações científicas. A publicação de inovações na grande imprensa como se estivessem imediatamente disponíveis cria expectativas e demandas entre os pacientes. Essa queixa foi feita também por médicos entrevistados. Uma médica que entrevistei esclarece tratar-se de procedimento experimental não oferecido na clínica sempre que um paciente a procura com um recorte de jornal sobre inovação técnica. A grande imprensa noticiou que uma clínica fez transferência de citoplasma no Brasil (Henriques, 2001; O método usado, 2001), prática que despertou a crítica de um médico com doutorado entrevistado: "Transferência de citoplasma, proibido na Europa, proibido nos Estados Unidos, feito no Brasil aleatoriamente, porque ele garante que tem segurança. (...) Isso é deixar a medicina de lado e passar a ser um vendedor de tecnologia". A crítica se dirige à oferta de procedimentos experimentais sem estudos sobre riscos envolvendo os bebês gerados, além da censura ao caráter comercial de oferta de tecnologia.

> *Desaconselhado na Europa, desaconselhado nos próprios Estados Unidos onde foi iniciado pelo Cohen. Porque você cria heteroplasmia. Você mistura DNA mitocondrial de uma mulher com o da receptora. E ninguém sabe o que vai acontecer com isso. Sabe-se que, em animais, isso gerou oncogênese maior, um número maior de câncer; gerou alterações no sistema imunológico nos animais nascidos disso.* (Médico)

O médico justifica sua desaprovação da técnica de transferência de citoplasma de óvulo em função de resultados negativos em cobaias geradas. Se a técnica resultou em câncer e alterações no sistema imunológico de animais, não se sabe se há 'segurança' para aplicação em seres humanos. Médicos e embriologistas entrevistados condenaram as técnicas experimentais com base no risco e na impossibilidade de prever resultados.

## O Encantamento da Ciência: eficácia e risco

O grau de adesão de profissionais e pacientes à reprodução assistida relaciona-se à confiança no empreendimento científico. Jordanova (1989) alerta sobre a impossibilidade de tratar a medicina como um ramo da ciência, dado seu caráter de prática de cura em que clínicos lidam com seus pacientes. A despeito disso, ela reconhece a superposição entre ciência e medicina, pois seus núcleos centrais se relacionam no nível das idéias. A medicina de reprodução humana é correntemente representada como uma área de ponta do desenvolvimento científico, por criar "bebês de proveta" em laboratórios, e até "clones". Essa especialidade é espaço em que se constatam os limites fluidos entre os campos da ciência e da medicina.[10] Vê-se a reprodução assistida como uma das ciências "naturais" aplicadas para formar famílias "naturais". Quando se representa a ciência a serviço de uma causa nobre, é um imperativo moral não impedir seu avanço, considerado inevitável (Franklin, 1997).

"É reconfortante saber que homens e mulheres podem contar com um aliado cada vez mais poderoso em sua cruzada – a tecnologia" (Abdelmassih, 1999: 92), diz um livro de divulgação da reprodução assistida. No contexto da fé no progresso da ciência, analisa-se a concordância em substituir a relação sexual, ato dito natural de fazer filhos, por um procedimento técnico. Namenwirth (1986) expõe razões para o predomínio da ciência nas sociedades ocidentais modernas: primeiramente, o conhecimento gerado pela ciência traduz-se de modo muito rápido em avanços técnicos e médicos altamente prezados. Além disso, a ciência exemplifica importantes valores dessas sociedades, tais como inteligência, racionalidade, objetividade, perseverança, domínio e controle da natureza. Por fim, a ciência provê uma cosmovisão, um meio de compreender o universo e a posição humana nele. Martin (1997) discorre sobre a dificuldade de propor o estudo cultural das ciências naturais para profissionais da área, uma vez que a visão que sustentam de natureza não pretende ser uma visão de mundo, mas revelar a realidade. A ciência considera a objetividade como ponto de vista, a natureza como um objeto e a materialidade como realidade.

A ciência é parte constitutiva da cosmovisão ocidental. Latour (2000) observa que, ao passo que os antropólogos, quando estudam sociedades tradicionais, centram sua pesquisa na análise da cosmovisão do grupo, os sociólogos das ciências são censurados ao fazê-lo, por causa da concepção de que apenas a produção científica considerada falsa, ideológica e ultrapassada necessitaria de explicação pelo contexto. Para Latour, os cientistas projetam sobre a natureza suas categorias sociais, mesmo julgando não fazê-lo. O objetivo de analisar as tecnologias reprodutivas não é demonizar a técnica ou assumir uma metafísica anticiência, perigos contra os quais Haraway (1991) adverte. A intenção é discutir de que forma a opção por tratamento de reprodução assistida e a linguagem de eficácia e de risco utilizada por médicos, pacientes e analistas sociais integram o contexto de encantamento pela ciência.

Alegações de eficácia e de risco estão presentes no discurso de especialistas em reprodução humana, em publicações de divulgação e na literatura científica. Dr. Roger Abdelmassih, em palestra aqui citada, comentou sobre certa clínica que ofereceria de 50 a 55% de chances de gravidez por meio da fertilização assistida para uma mulher de 32 anos, ao passo que após os 36 as chances seriam de, no máximo, 38%. Essa taxa de sucesso foi a mais alta relatada por especialistas de reprodução humana, e o único exemplo em que a taxa de êxito superaria a de insucesso. Segundo um livro de divulgação, "o uso de uma técnica chamada ICSI permitiu obter, em fins de 1996, índices médios de gravidez por tentativa em torno de 45% – contra os 33% anteriores da FIV" (Abdelmassih, 1999: 63). "Tomada isoladamente, a fertilização, ou seja, o encontro bem-sucedido entre espermatozóide e óvulo, alcança índices em torno de 49% por tentativa por meio da FIV, enquanto a ICSI ostenta espantosos 89%" (Abdelmassih, 1999: 65). A despeito dos números "espantosos", verifica-se nas afirmativas mais de um modo de definir sucesso: gravidez, ou fertilização. Segundo Chedid (2000), os resultados positivos variam de 15 a 40% por tentativa.

Há alertas sobre a possibilidade de insucesso. Chedid (2000) afirma não existirem limites para o número de tentativas, embora alguns especialistas considerem a chance de êxito muito pequena após seis ou sete. Para Chedid, o médico e o casal devem decidir parar ou mudar de terapêutica. Já o livro de Abdelmassih aconselha os casais a perseverarem: "Um resultado negativo representa a necessidade de recomeçar a busca, apesar da dor de uma primeira derrota. O importante é pensar em cada tentativa como uma batalha, em que um revés não elimina o objetivo final de vencer a guerra contra a infertilidade" (1999: 91). O livro traz histórias de pacientes que conseguiram "superar os obstáculos". A noção de que várias tentativas são necessárias para a gravidez é tão incorporada, que os serviços públicos oferecem número preestabelecido

de chances e algumas clínicas particulares têm modalidades de pagamento por pacote de tentativas: paga-se por três ciclos, independentemente de quando e se a gravidez ocorrer (Carelli, 2001).[11]

Alguns médicos se manifestaram sobre a eficácia dos métodos: "Quando dá certo, não existem questões. As questões surgem quando dá errado. Então surgem em 70% das vezes (...) Porque dá muito mais errado. A maioria não engravida". Uma usuária na sala de espera de um serviço público perguntou-me se eu, sendo pesquisadora, conhecia a taxa de êxito daquele serviço, se era melhor ou pior que em clínicas particulares. Foi a única pergunta de comparação ouvida sobre a taxa de êxito. As usuárias de serviços públicos acreditavam que em clínicas particulares havia oferta mais ampla e freqüente de exames. Em contrapartida, pessoas que iniciaram tratamento em clínicas particulares e migraram para o serviço público elogiavam o último no tocante à preocupação em obter diagnóstico claro e ao pedido mais criterioso de exames. Uma médica entrevistada ressaltou a necessidade de contabilizar os ciclos cancelados para calcular as taxas de êxito: somente em muito jovens a taxa chegaria a 37 ou 38% por tentativa. Outro médico avaliou as taxas de êxito:

> *A fertilização* in vitro*, ICSI tem 30% de gravidez, 40%, dependendo da faixa etária. (...) Nos grandes levantamentos científicos americanos, europeus, sérios, de grandes populações, taxa de bebê em casa não passa de 16 a 20%. Que é o que interessa: nenê nascido em casa. Não é taxa de Beta-hCG positivo, nenê com batimento cardíaco.*

Esse médico afirma uma taxa de êxito bem mais modesta baseada no critério do nascimento de bebês, conforme levantamentos feitos na Europa e nos Estados Unidos. Entre os médicos entrevistados, os com pós-graduação fizeram considerações sobre a taxa de êxito. Em função da heterogeneidade dos padrões, o estudo da OMS propõe a unificação dos critérios sobre o êxito dos resultados, levando em conta a taxa de gravidez por ciclo de tratamento – incluindo todos os ciclos, a despeito da falta de coleta de gametas ou de fertilização – e a taxa de nascimentos vivos por ciclo de tratamento. A taxa média de gravidez por ciclo de tratamento seria de 11,6%, com o mínimo de 8,1% na África e máximo de 17,5% no Reino Unido, mas a taxa global de nascimentos por ciclo alcança 7,6% em 1987 (WHO, 1992). Na taxa cumulativa de gestação se considera a repetição das tentativas na porcentagem de êxito: 13,5% em um ciclo; 25,3% em dois ciclos; 38,5% em três ciclos; 47% em quatro ciclos; 49,3% em cinco ciclos; 57,8% em seis ciclos. Haveria chance razoável de gestação para quem tenta de três a seis ciclos, mas a maioria acharia difíceis as conseqüências emocionais, físicas e financeiras de ir além (Speroff, Glass & Kase, 1995).

Em trabalho etnográfico em clínicas de reprodução assistida dos Estados Unidos, Cussins (1998b) constatou a pressão para produzir estatísticas com boas taxas de sucesso, devido à alta competitividade do campo. Em reuniões das equipes dos laboratórios para definir os critérios de inclusão de casos dos pacientes nas estatísticas, questionou-se se seria ético tratar determinadas pacientes com taxas de sucesso muito baixas. A equipe decidiu que, desde que se esclarecesse a paciente realisticamente sobre essas taxas, não haveria problema em lhe oferecer o tratamento. Em contrapartidas, a mesma equipe decidiu excluir do cálculo das taxas de sucesso pacientes acima de 40, para que não afetassem negativamente as estatísticas. Conseguiram conciliar os objetivos de tratar o maior número possível e de obter as melhores taxas de sucesso. De forma semelhante, no serviço público do Rio e São Paulo, em vista da escassez de recursos, impedem-se muitas mulheres de ingressar no tratamento com a justificativa de que as taxas de êxito na idade delas seriam muito baixas.

A produção das ciências sociais sobre as novas tecnologias reprodutivas questiona a eficácia dos métodos propalada na mídia e por especialistas da área. Barbosa (1999) apresenta dados do registro francês de 1988, que mostram taxa de gravidez de 16,6% em relação à punção de ovócitos, reduzida para 12% de nascimentos. Dados do registro americano da American Fertility Society revelam taxa de nascimento de 13% no ano de 1991. Nos dados de 1995, do Registro Latino-Americano de Reprodução Assistida, a porcentagem de nascimentos por ciclo de FIV seria de 12,9% e, considerando GIFT e outros tratamentos, a média seria de 13,6%. Barbosa calculou essas taxas com os dados fornecidos pelo Ambulatório de Esterilidade Conjugal do Hospital Pérola Byington, chegando a 5,84% de nascimentos no ano de 1995 e 8,77% no ano de 1996.

Corrêa (2001) compara os resultados dos registros francês e americano com a pesquisa do sociólogo J. Marcus Steiff, que, questionando os procedimentos metodológicos para avaliar a eficácia da FIV, refez os cálculos de revistas médicas especializadas e chegou a uma estimativa de taxas globais de sucesso em torno de 5%. Barbosa (1999) e Corrêa (2001) assinalam a desproporção entre a baixa eficácia e as expectativas geradas pelos métodos. Dados do *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida 2001* mostram taxa de gravidez clínica (com identificação do saco gestacional por ultra-sonografia) de 28,0% por aspiração, ao passo que a taxa de parto por aspiração reduz-se para 21,8% (Zegers-Hochschild & Galdames Inguerzon). O *Registro* não apresenta estatísticas de parto ou nascimento por ciclo iniciado.

Textos de orientação feminista apontam para os riscos envolvidos no tratamento. Laborie (1993) cita estudos franceses e anglo-americanos que

demonstram a correlação entre maior incidência de câncer no ovário e os tratamentos contra a esterilidade, devido à estimulação hormonal. Podem ocorrer hemorragias no local da punção ovariana, com infecção na pelve, resultando na perda de trompa e de ovário, bem como a perfuração da bexiga ou de alças intestinais durante a punção (Barbosa, 1999; Corrêa, 2001). Corrêa (2001) menciona maior incidência de gravidez ectópica (fora do útero). Barbosa (1999) enumera efeitos colaterais da medicação para induzir a ovulação e destaca a síndrome de hiperestímulo ovariano como o efeito mais grave. Há crescimento excessivo dos ovários, extravasamento de líquido para a cavidade abdominal, edema e diminuição do fluxo renal, que pode levar a óbito ou à remoção cirúrgica do aparelho reprodutivo, caso não se atenda a paciente em local especializado. Nos casos leves, a suspensão da medicação basta para deter o quadro. Ouvi relatos de pacientes que tiveram hiperestímulo: elas sofreram internação e receberam albumina. Uma delas minimizou a experiência, pois não teve de ir ao Centro de Tratamento Intensivo (CTI), ao contrário do advertido na assinatura do protocolo de consentimento informado.

Destaca-se o risco da gestação múltipla decorrente da implantação de vários embriões. Há uma proporção de 25% de gestações múltiplas e partos gemelares (Rede Feminista de Saúde, 2003). Dados do *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida 2001* mostram uma taxa de gestação múltipla global de 29,8%, dos quais 22,1% são de gêmeos e 7,7% são de trigêmeos ou mais (Zegers-Hochschild & Galdames Inguerzon, 2001). As gestações múltiplas apresentam índices de mortalidade materna cinco vezes maiores do que as gestações simples, e de hemorragia pós-parto 4,5 vezes maiores (Rede Feminista de Saúde, 2003). Gestações múltiplas implicam maior incidência de partos prematuros e de mortalidade perinatal, complicações fetais e maternas: o descolamento da placenta, acidentes no cordão umbilical, hipertensão na gestação, maior risco de aborto, uma proporção maior de partos por cesariana. A prematuridade pode comprometer o desenvolvimento da criança (Barbosa, 1999).

Corrêa (2001) qualifica a gestação múltipla de iatrogenia ligada às tecnologias conceptivas: um efeito da má prática implicada na Fivete, ao transferir vários embriões a fim de aumentar a eficiência da técnica. A solução da gestação múltipla seria a redução embrionária: o aborto seletivo de embriões. Faz-se injeção letal de cloreto de potássio no coração do embrião até cessar a atividade cardíaca (Barbosa, 1999). Outro método é a aspiração transcervical do “saco gestacional”. Avalia-se em 10% os riscos de perda da gestação. Aconselha-se a redução tardia, pois sacos gestacionais podem desaparecer espontaneamente após deteccção dos batimentos cardíacos (Speroff, Glass &

Kase, 1995). No Brasil, a resolução 1358/92 do Conselho Federal de Medina (CFM) proíbe a redução.

No tocante ao risco para os bebês, alerta-se quanto ao uso da ICSI, pois 25% dos homens com oligospermia grave (número baixo de espermatozóides) e azoospermia (ausência de espermatozóides no ejaculado) teriam alterações no cromossomo Y. Homens portadores dos genes da fibrose cística ou com síndrome de Klinefelter poderiam gerar filhos com tais doenças (Rede Feminista de Saúde, 2003). Trata-se de um exemplo típico da medicalização do parentesco (Finkler, 2001).

## Tensões no Campo da Reprodução Assistida

A retrospectiva do desenvolvimento das tecnologias de procriação pode sugerir linearidade no desenvolvimento e assimilação de técnicas, ocultando a dinâmica de recepção e tensões no campo da reprodução assistida.[12] Segundo Bourdieu (1998: 28), campo designa

> As relações de forças entre as posições sociais que garantem aos seus ocupantes um *quantum* suficiente de força social – ou de capital – de modo a que estes tenham a possibilidade de entrar nas lutas pelo monopólio do poder, entre as quais possuem uma dimensão capital as que têm por finalidade a definição da forma legítima do poder.

No campo da medicina de reprodução humana, constata-se a disputa sobre a forma legítima de exercício da prática médica. As tensões e a recepção diferenciada nesse campo são perceptíveis nas entrevistas com profissionais da área e na observação etnográfica dos centros de reprodução humana e do VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida.

Pensando em explorar as condições médicas de origem de estados de infertilidade, indaguei aos médicos que fatores provocavam esterilidade indicando a necessidade de inseminação e de FIV. As respostas foram esquemáticas, destacando problemas nas trompas de Falópio como o diferencial para se recorrer à FIV. Tal postura transpareceu indiferença quanto às causas da infertilidade, que não constituiria um problema para a reprodução assistida, a não ser na escolha do procedimento adequado. Quando se perguntava sobre as causas dos quadros de infertilidade, as respostas mais freqüentes eram os fatores infecciosos incidentes na obstrução tubária e na diminuição da produção de esperma. Quanto à inseminação intra-uterina, citaram-se estenose (estreitamento) do canal cervical e reação imune contra o sêmen do parceiro. Apenas um

médico, mestrando na área, considerou fatores ovarianos os mais importantes na infertilidade feminina.

Dois médicos assinalaram o contraste entre protocolos americano e europeu de hiperestimulação controlada de ovário. No tipo europeu de protocolo, o estímulo seria mais suave. Eles argumentaram que assim se obtém um número menor de óvulos com melhor qualidade e maior potencial de fertilização. O cuidado com as pacientes submetidas a grande carga de hormônios foi outra justificativa. Os médicos sublinhavam que se reduziria a chance de sobra de embriões. Ambos consideravam os embriões excedentes um problema ético e legal. O primeiro pretendia evitar o congelamento em função das implicações legais, por isso o serviço público onde trabalhava não oferecia a criopreservação de embriões, embora dispusesse de laboratório para tal. A segunda argumentava haver pequena produção de embriões excedentes em sua clínica particular, daí haver poucos criopreservados. Os dois marcavam sua posição no campo da reprodução assistida no Brasil, ao contrapor um tipo de protocolo vindo da Europa à abordagem americana de superprodução de embriões, adotada pela maioria. No tocante à absorção de inovações, o campo é bastante voltado para o exterior e apresenta tensões internas em lugar de posições homogêneas.

A fim de evitar gestações múltiplas, a norma do CFM é não transferir mais de quatro embriões. Um dos serviços públicos transferia apenas três com esse propósito. Em reunião clínica desse serviço, argumentou-se que a transferência de quatro embriões em diante aumentaria os percentuais de gemelaridade, mas não de gestação. A literatura médica recomenda a transferência de, no máximo, quatro ou cinco. Visto que a taxa de gestação múltipla diminui com a idade, sugere-se, a partir dos 40 anos, transferir um número maior de embriões (Speroff, Glass & Kase, 1995). Um dos médicos argumentou que o CFM apenas "aconselha" o número de quatro embriões:

> *Dr. J – Ele não diz só pode. Eles aconselham (...). Quatro é uma coisa muito pobre como dado. Por quê? Eu posso ter uma paciente de 42 anos que já fez oito tentativas, sempre transferindo três, quatro embriões, e não engravidou, tem embriões de má qualidade.*
>
> *Naara – E tentar com cinco?*
>
> *Dr. J – Eu posso transferir cinco, seis. E a gente até faz isso e nunca tivemos quíntuplos nem sêxtuplos para ficar nos lamuriando, não. (...) Agora, não vamos fazer isso numa paciente de 25 anos, de 26 anos.*

Raciocinando nos termos dessa economia de êxito e quantidade de embriões, contrapostos ao risco de gestação múltipla, ele declarou fazer transferência de

dois ou três embriões em mulheres abaixo de 30 anos. Uma das entrevistadas fizera uma tentativa de inseminação e uma de FIV com transferência de embriões, mas sem gravidez. Sua terceira tentativa foi ICSI, e houve transferência de cinco embriões. Ela tinha 28 anos e deu à luz gêmeos.

Um dos médicos entrevistados comentou o resultado de levantamento na Rede Latino-Americana de Reprodução Assistida em 2001. Segundo o *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida 2001*, 94,1% dos centros afiliados realizaram procedimentos de ICSI em 2001, ao passo que a criopreservação estava disponível apenas em 77,5% (Zegers-Hochschild & Galdames Inguerzon, 2001). Ele manifestou-se contra a estratégia adotada por diversos centros de reprodução assistida, de expandir seus serviços, incluindo a oferta de ICSI, sem providenciar o laboratório de criopreservação (sêmen, embriões), um requisito básico desse serviço. Criticou centros com micromanipulador que encaminhariam o tratamento para ICSI sem as indicações médicas (concentração de espermatozóides inferior a um milhão por milímetro de sêmen ejaculado, ou falha repetida de fertilização), em lugar de tentar primeiro a FIV, um método em que "a natureza escolhe" o espermatozóide que entra no óvulo:

> *Dr. J – Nós estamos querendo saber que porcentagem de ciclos eu deveria fazer com ICSI e que porcentagem de ciclos eu deveria fazer com fertilização* in vitro *convencional, que é mais simples, onde 'a natureza escolhe' qual o espermatozóide vai entrar no óvulo, e não o ser humano aleatoriamente, baseado em técnicas de escolha que não envolvem o que há de mais importante, que é a avaliação genética do espermatozóide, que é impossível de você fazer olhando para o espermatozóide, que é o que te permite um microscópio. (...) 15 a 20% dos casais que vão para fertilização* in vitro *precisariam de ICSI. E nós estamos fazendo mais de 85% dos ciclos em ICSI. (...) Isso é deslumbramento por tecnologia. E deixando de lado o quê? Saber que nós somos médicos e que nós devemos oferecer ao paciente o resultado que ele quer, mas, além do resultado, segurança. E se eu posso oferecer para ele o mesmo resultado com uma tecnologia que é mais segura e mais simples, até por ser mais simples deveria ser oferecido, porque é mais barato. (...) Porque, crianças nascidas de ICSI, ninguém sabe o que vão ser ainda. A segurança biológica só existe depois que você tem indivíduos adultos seguidos e, de preferência, reproduzidos.*

Seu raciocínio estava explicitamente calcado nos pressupostos de Darwin sobre seleção natural: a natureza seleciona geneticamente os aptos à reprodução e perpetuação.

Durante o VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida, houve um debate nesses termos na mesa-redonda "Laboratório de reprodução assistida:

o estado da arte". Uma embriologista justificava a opção de sempre usar ICSI, em lugar da FIV, porque ela mesma poderia selecionar o espermatozóide de melhor qualidade de acordo com a morfologia. Vanessa Rawe, expondo resultados de pesquisa sobre composição cromossômica dos espermatozóides, respondeu não haver correlação entre a morfologia e a composição do núcleo. A composição nuclear é determinante para o desenvolvimento embrionário, e Rawe mostrou vários espermatozóides com morfologia inadequada e cromossomicamente perfeitos. Outra expositora, na mesma mesa, repetiu a observação acerca do desenvolvimento embrionário: não é possível prever se embriões considerados de boa qualidade, isto é, de morfologia perfeita, resultarão em gravidez, porque a composição cromossômica pode apresentar alterações (aneuploidias).

Ramírez (2002) relata um debate semelhante: um especialista em reprodução humana, perguntado sobre a opção entre FIV e ICSI em termos da relação custo-benefício, justificava o uso de ICSI em sua clínica para todos os casos, porque os usuários pagavam muito caro pelo tratamento. O entrevistado, que protestou contra o uso da ICSI sem indicação médica, observou quanto ao custo do tratamento: com a justificativa de eficácia da técnica, direcionam-se para ICSI casais com quadro clínico de infertilidade leve cujo tratamento poderia ser a inseminação intra-uterina. Visto que a probabilidade de êxito por ciclo é menor do a que de falha, há mais chance de o casal não conseguir o filho desejado e até esgotar seus recursos financeiros na primeira tentativa do tratamento, que custa o sêxtuplo de uma inseminação.

Pesquisadoras (Corrêa, 2001; Barbosa, 1999) cuja abordagem privilegia o enfoque da medicalização descrevem o campo médico da reprodução assistida como homogeneamente medicalizador e intervencionista, mas a pesquisa etnográfica revela as tensões do campo. Existe a competição entre especialistas: eles questionavam o expoente, a figura mais conhecida na mídia. Encontrei diferenças entre profissionais mais intervencionistas e outros mais cautelosos, com destaque para três comunicações no VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida. Na mesa-redonda sobre infertilidade masculina, o dr. Jorge Hallak, urologista, apresentou a comunicação "Aspectos atuais do tratamento médico cirúrgico", discorrendo sobre as vantagens da intervenção cirúrgica e do tratamento com medicamentos para correção de casos específicos de infertilidade masculina (varicocele, vasectomia, azoospermias obstrutivas). O tratamento proposto seria mais barato do que a ICSI, e mesmo que a recuperação da fertilidade não fosse completa e ainda se fizesse necessário o recurso à inseminação artificial, a alternativa traria vantagens para a companheira do homem infértil: passar por procedimentos menos invasivos e de menor custo.

Na mesa-redonda “Como eu faço”, o dr. Newton Busso apresentou a comunicação “Fertilização *in vitro* em ciclo natural”, sem medicação para estímulo do ovário. No ciclo natural, a diminuição de custos e a menor invasão no corpo da paciente seriam vantajosas na oferta de tratamento em serviços públicos ou universitários de infertilidade, procurados por pacientes sem recursos para pagar. Ele comentou a ironia de falar sobre ciclo FIV não estimulado em um congresso patrocinado por indústrias farmacêuticas. Cussins (1998b) apresenta as vantagens da FIV em ciclos naturais: o gasto com medicamentos seria muito menor e a paciente não sofre as conseqüências negativas da indução da ovulação na implantação dos embriões, em particular quando se responde mal ao estímulo. As desvantagens, por sua vez, relacionam-se à disponibilidade de um único óvulo e o risco de perdê-lo ou danificá-lo, gerando frustração e culpa na paciente e estresse na equipe médica.

Dr. Paulo Serafini, na mesa-redonda sobre controvérsias, apresentou o tema “Criobiologia e fertilização assistida: problema ou solução?”. A FIV caminharia para a transferência embrionária de um embrião por vez, dadas as implicações quanto aos embriões excedentes. A sugestão seria aperfeiçoar técnicas de identificação da qualidade embrionária e investir no laboratório de criopreservação para garantir que os embriões sobrevivam ao descongelamento. Houve manifestações de preocupação com os projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional e acerca da regulamentação em outros países, em particular as propostas quanto aos embriões gerados por FIV. Dos projetos de lei para regulamentar a reprodução assistida no Brasil, criticou-se a proibição do congelamento de embriões, a limitação de inseminar apenas dois oócitos por ciclo e a revelação da identidade de doadores de gametas. Tais propostas restritivas ignorariam considerações clínicas relativas à eficácia dos métodos e inviabilizariam a prática da reprodução assistida.

## Consentimento Informado: chances e riscos na perspectiva das usuárias

Diversos questionamentos sobre as práticas médicas da reprodução assistida e suas possíveis conseqüências danosas são expressos em termos de risco. O alerta de que a eficácia das técnicas é pequena em contraste com os riscos e com a chance de insatisfação é um raciocínio baseado no cálculo de probabilidades. O risco é calculável, porque é possível avaliar sua probabilidade. Apenas com base na incidência em determinada parcela de um conjunto ou uma população é possível calcular o risco (Ewald, 1991).

Associada a noções de perigo e incerteza diante de obstáculos mal definidos, a palavra 'risco' surge na era das grandes navegações, assinalando a cosmovisão emergente em que se concebe o futuro passível de controle. Já a noção de chance é originária do contexto dos jogos de azar (Menegon, 2003). Segundo Giddens (1991), a noção de risco surge com a compreensão de que resultados inesperados podem ser conseqüências das nossas próprias atividades e decisões, contrariando a cosmologia religiosa do período pré-moderno. A confiança pressupõe a consciência das circunstâncias de risco. Risco e confiança se entrelaçam: existe um equilíbrio entre confiança e cálculo do risco. A experiência de segurança baseia-se no equilíbrio entre confiança e risco aceitável. Os padrões de risco se institucionalizam em estruturas abrangentes de confiança. Segundo Menegon (2003), a área da saúde é exemplo das estruturas abrangentes de confiança: associa-se a linguagem dos riscos ao mundo dos negócios, à saúde e a esportes radicais. Douglas e Wildavsky (1983) negam a possibilidade de cálculo objetivo do risco aceitável, pois as escolhas sempre se referem a valores culturais. Na percepção de risco, as pessoas agem como seres sociais que internalizaram pressões e delegaram suas decisões a instituições. Delegar decisões a instituições é a dimensão de confiança assinalada por Giddens. Pode haver opção por não se estar consciente de todos os riscos. A recusa a levar todos os perigos em conta é um exercício de escolha racional com seleção de um foco, considerando valores. Entre a percepção subjetiva e a definição objetiva científica, existe a cultura, uma área intermediária de crenças e valores compartilhados.

A doutrina do consentimento informado na medicina, com obrigação por parte do médico de revelar previamente todos os riscos possíveis associados ao tratamento, relaciona-se a uma história de desconfiança institucionalizada no contexto de processos jurídicos sobre erros médicos (Douglas & Wildavsky, 1983). Os experimentos com seres humanos durante a Segunda Guerra, o movimento de direitos humanos e a revolução biotecnológica são situações relevantes para a expansão dessa prática (Menegon, 2003). A prática do consentimento informado, que consiste no esclarecimento sobre riscos, benefícios e alternativas ao tratamento proposto, permite a distribuição de responsabilidade entre profissionais de saúde e pacientes. A reprodução assistida é área de regulamentação especial, com recomendações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo) de que se use o consentimento informado. Menegon (2003) observa que a mulher que engravida via relações sexuais não precisa assinar termos se responsabilizando por danos à criança concebida.

Como se posicionam as usuárias dos serviços de reprodução assistida quanto aos riscos do tratamento e sua baixa eficácia? Depois da fase de diagnóstico,

com definição da terapêutica, a reunião em que o médico expõe os itens do protocolo de consentimento informado e o casal assina é o momento para explicações sobre o tratamento, suas chances e riscos.[13] Ao passo que os médicos do serviço público entrevistados afirmaram explicar o tratamento, as chances e os riscos na reunião com o casal, as entrevistadas sustentaram que não receberam explicações sobre o tratamento, apenas sobre chances e riscos. Elas contam que aprenderam com as "colegas" sobre os procedimentos e que os médicos nada explicavam.

A queixa de falta de explicação sobre o tratamento pode assinalar comunicação insuficiente entre o médico e o casal, como quando o médico fala em linguagem inacessível ou descreve o tratamento de modo esquemático, sem detalhar a rotina do ciclo de FIV ou de inseminação. O fato de todas se lembrarem das chances e de riscos talvez indique que a atenção do casal estaria concentrada na chance de conseguir o filho desejado e nos riscos a correr. Sendo rara a gravidez na primeira tentativa, independentemente do tratamento, era comum as "colegas" consolarem umas as outras, dizendo que na segunda vez a chance seria maior. Esse comentário foi mais freqüente entre as pacientes de FIV e ICSI, como se houvesse cumulatividade de eficácia, e o primeiro ciclo contribuísse para bons resultados no segundo. O médico de uma usuária de serviço particular estimou 6% de chance, o que não a demoveu. Ela respondeu que vendera o carro para pagar o tratamento:

> *Eu vendi meu carro para fazer esse tratamento. Se eu não conseguir engravidar agora, acabou. É minha única chance agora (...) estou com 38 (...) daqui a pouco eu estou com 40 e eu não vou tentar de novo. Então minha chance é agora, porque eu não tenho dinheiro para fazer de novo. Se for, se Deus quiser, vai ser agora. Se Deus não quiser, eu não vou engravidar nunca.* (Usuária de clínica particular, 42 anos)

A despeito da pequena probabilidade de êxito, ela engravidou e teve um menino. O médico de outra usuária de serviço particular, com recursos para uma única tentativa, a animou: previu boas chances para ela, que já engravidara facilmente duas vezes, embora fossem prenhezes tubárias. Além da persistência diante de prognósticos desanimadores, merece análise a percepção que as usuárias de serviço público tiveram dos riscos:

> *Naara – Quando ele explicou dos riscos, você ficou com medo?*
>
> *G – Não fiquei não. Confiei em Deus. (...)*
>
> *Naara – Não ficou com medo? Não ficou com vontade de desistir?*

> *G – Eu não desisti, porque se for por Deus, que seja bem-vindo. (...) Me deu um pouquinho de medo e meu coração (...) endureceu. 'Não vou desistir não'. Aí meu marido falou (...): 'é nada, besta. Ele está falando assim que é para você desistir, que é para você não fazer'. (...) Eu botei no coração: 'que nada'.* (Usuária de serviço público, 39 anos)

O marido dessa informante julgou que as advertências sobre os riscos visavam a fazê-los desistir do tratamento. Eles não foram os únicos a pensar assim:

> *O médico fala: 'você pode morrer; (...) você pode entrar em coma; você pode perder o útero; pode perder alguma coisa'. Ele deixa você apavorada. (...) 'P., eu estou com medo'. Ele falou assim: 'Não tem medo. (...) Se você ficar com medo, você pode desistir na hora'. Porque ele me deixou apavorada. Nós, mulheres que fazemos o tratamento, nós somos muito fortes e nós desafiamos o que o médico fala. (...) Se tiver uma mulher que tem medo de alguma coisa, eu acho que ela não faz. É um terror o que eles passam para a gente.* (Usuária de serviço público, 36 anos)

Essa informante também compartilhou com o marido, P., os seus temores. Ela acredita que mulheres medrosas desistiriam do tratamento diante da exposição dos riscos, mas as fortes persistem, "desafiando" os médicos. Ela compreendeu assim o consentimento informado: "Tudo o que a gente faz aqui, o médico não tem res..., não é responsabilizado por nada. Nós, pacientes, se o médico fizer um erro na gente, nós somos culpadas". O consentimento informado redistribui as responsabilidades entre pacientes e profissionais de saúde. Segundo Menegon (2003), em contrapartida aos benefícios das técnicas, os protocolos de consentimento falam da falta de garantia de êxito e de responsabilidade por falhas durante a terapêutica que impossibilitem o resultado desejado. A paciente interpretou esse ponto como não-responsabilidade médica diante de falhas que causem danos físicos: a responsabilidade não era dos médicos, mas as usuárias eram as "culpadas".

Situações de risco têm avaliação diferente. Uma usuária de serviço público de reprodução assistida contou que "quase morreu" após a última tentativa de inseminação intra-uterina, pois tivera trombose em três lugares e passara vários dias internada. As "colegas" na sala de espera concordaram que dificilmente o médico a encaminharia para FIV, porque a medicação era muito mais forte. A situação de risco parece evidente aos olhos das usuárias. Veja a reação desta informante de serviço público ao saber que a implantação dos três embriões transferidos poderia resultar em risco para as crianças: "Reunião é para te dar um negócio de responsabilidade. (...) É um papel de responsabilidade. Eles

colocam três (embriões). (...) Eles falam assim que pode ser que a criança, se vir três, vem com problema. (...) Aí a gente assinou esse termo de responsabilidade" (Usuária de serviço público de reprodução assistida, 34 anos).

A despeito do alerta para os riscos de uma gravidez múltipla e das conseqüências negativas para os filhos, a posição da mesma informante quanto à expectativa de ter trigêmeos era bastante positiva: "eu chegava e a primeira coisa que falava para o meu marido. (...) Ele: 'que legal, já pensou, colocar três, vir gêmeos, vir trigêmeos'". Um casal tentando há dez anos ter filhos pode ver de modo favorável a vinda de trigêmeos, sem atentar para riscos e sacrifícios. Existe a escolha de não atentar para todos os riscos em função do foco de valores que fundamenta a decisão racional (Douglas & Wildavsky, 1983).

Knauth (2002), remontando a origem da noção de risco aos jogos de azar, afirma que, na área da saúde, a noção de risco vem sempre revestida de caráter negativo, sem considerar o que as pessoas ganhariam ao correr riscos. Segundo Menegon (2003), aceita-se, e se incentiva, enfrentar riscos em situações consideradas parte da condição feminina: prosseguir em gravidez de risco ou vencer as adversidades e frustrações nas tentativas de engravidar via reprodução assistida. Foi recorrente entre as informantes o elogio à persistência na busca dos objetivos, na concretização do sonho da maternidade: "eu estou aqui em busca de um objetivo. Eu vou até o fim", diz essa usuária de serviço público, de 40 anos.

A fé no progresso científico fundamenta a opção pelo tratamento de FIV, mesmo com a informação das altas taxas de falha dos métodos (Franklin, 1997). Deve-se levar em conta o fato de que várias das mulheres que recorrem à reprodução assistida passaram anos em tratamento convencional, o qual elas consideraram uma "enrolação". Apresenta-se às usuárias o tratamento com porcentagem de chances de sucesso, ocultando-se o inverso, que a chance de falha é maior do que a de gravidez, dado reconhecido pelos médicos. Na fala das pacientes, é perceptível que elas se apegam às chances: "o médico disse que eu tenho 25%, porque eu só tenho uma trompa"; "em geral o serviço diz 30% de chance".

> *Naara – Quando a enfermeira disse que era só 20% de chance, o que você achou?*
>
> *C – Fiquei meio decepcionada, porque eu achava que era 40 e já tinha baixado para 20. Eu fiquei meio decepcionada, mas achava que se tivesse de ser, ia ser.* (Usuária de serviço público, 37 anos)

Uma das entrevistadas fez sua primeira tentativa de FIV aos 39 anos. Ao ingressar em um serviço público de reprodução assistida na idade limite de

37 anos, ela passou por um médico que queria convencê-la a desistir antes mesmo de induzir sua ovulação: "'Você está tirando a chance das pessoas mais novas engravidarem, porque você já passou da idade. Eu, se fosse você, desistiria. Eu te dou 1%, tá?'. Eu falei: 'Tá, doutor. Então eu tenho 1%, eu vou tentar até o final. Mesmo se eu tiver meio por cento. É uma chance que eu tenho. É uma luz no fim do túnel'" (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 40 anos).

A racionalidade da opção pela FIV a despeito das taxas de insucesso faz parte de uma racionalidade específica em que a técnica pode ser o único meio potencial de conseguir o filho (Franklin, 1997). A usuária mencionada sentiu-se plenamente recompensada, porque engravidou naquela tentativa e teve uma filha. As colegas referiam-se a ela como exemplo de persistência contra chances mínimas.

A persistência nas tentativas pode resultar em frustração. No serviço público, onde os pacientes compravam a medicação, uma usuária que passara também por serviços privados comentou: "A primeira vez a gente nem discute, assina logo o cheque, mas agora, depois de quatro vezes... não estou nada animada". E concluiu: "Na minha casa não tem pé de dinheiro". O comentário revela a necessidade de investimento não só financeiro, mas de engajamento psicológico nas sucessivas tentativas, ponto observado também por Franklin (1997).

Encontrei um caso de desistência depois de repetidos fracassos: uma usuária de 35 anos, cadastrada em serviço público de reprodução assistida havia oito anos, tivera quatro tentativas de inseminação, a primeira em clínica privada, uma de FIV e uma de ICSI, sem êxito. Ela perdera a data agendada para iniciar o ciclo, pensando em desistir. Resolveu voltar e tentar a última chance de ICSI, para não ficar com o sentimento de que não tentara até o fim. Sentia-se pressionada a seguir até a última chance do número limitado de tentativas que o serviço oferecia. Após novo fracasso, perguntei se ela estaria disposta a tentar em outro lugar. Ela respondeu: "Chega, já tentei demais". Das informantes com insucesso recente, em sua perda de esperança na técnica, ela era emocionalmente a mais abalada.

Uma entrevistada de clínica privada fizera três ciclos de FIV com um profissional e trocara de médico, pagando por um pacote de três tentativas. Ela cogitou pedir dinheiro emprestado aos pais, caso não engravidasse nas tentativas já pagas. No segundo ciclo de FIV do pacote, engravidou. Cussins (1998b) observou "uma cultura da persistência" em que as pacientes sentem que, se o tratamento existe, elas têm de tentar até o fim. A paciente interrompe o tratamento quando obtém sucesso (a gestação), em casos de situação financeira muito difícil ou por recomendação médica.

Para refletir sobre a crença na eficácia do tratamento, traço paralelos entre ciência e magia com base em Malinowski (1955). A magia se dirige para contextos em que os elementos do acaso estão presentes e nunca quando os objetivos estão sob controle. Ela teria a função psicológica de permitir a autoconfiança e a função sociológica de organizar trabalhos arriscados. A magia permite desempenhar tarefas vitais e manter a integridade mental diante de circunstâncias difíceis. Ciência e magia se dirigem para fins práticos. Como em qualquer técnica, uma teoria e sistemas de princípios governam a magia, ditando de que modo se cumpre o ato para ser eficaz. Existe homologia entre seguir o tratamento e as recomendações médicas e desempenhar corretamente as práticas mágicas. Nas informantes que fizeram várias tentativas, eram notórias a frustração e a autodefesa:

> *A segunda vez que eu estava na expectativa e que deu um óvulo só, já foi o momento de uma decepção. (...) Ali, eu senti que o processo estava mais difícil do que eu podia imaginar. Eu tinha superado. Não deu certo. A gente faz outro. Eu tomei um mês todo de estimulação hormonal. Eu segui tudo. Deu um óvulo. (...) Ele deixa na mão da gente se você quer ou não fazer o procedimento. Eu não quis.* (Usuária de serviço particular, 38 anos)

Cancelaram-se dois ciclos, a despeito da observância das recomendações médicas. Essa paciente, que já passara por tratamento convencional, por uma tentativa de inseminação e um ciclo completo de Fivete com transferência embrionária, amargurou-se com os resultados. Franklin (1997) registra o desapontamento das usuárias diante de resultados considerados imerecidos, por contrariarem sua dedicação a seguir as prescrições médicas. Outra informante de serviço privado, que engravidara e tivera aborto espontâneo na primeira tentativa de FIV e fez mais quatro ciclos completos até conseguir engravidar, relata a dificuldade de compreender os fracassos. Franklin (1997) compara o ciclo FIV a uma corrida de obstáculos: cada etapa do tratamento é uma dificuldade a vencer.

Essas duas usuárias de clínicas particulares, após falhas repetidas com um médico, trocaram de profissional. Isso permite outra comparação com a arte mágica, que se constitui de três elementos: a fórmula mágica, o rito e o ministro oficiante, o executor. Ambas as usuárias trocaram o executor porque os resultados de sua arte não eram satisfatórios. Lévi-Strauss (1985) analisa a eficácia simbólica da magia em função de três elementos do complexo xamanístico, na tripla experiência: a do feiticeiro sobre sua vocação; a do doente que melhora ou não; a do público que participa da cura e adere a ela. A eficácia simbólica decorre da interação de feiticeiro, doente e público.

Na reprodução assistida, existe interação de médico, casal/paciente e público. Há dois pólos: no primeiro, médico e feiticeiro têm convicção íntima de sua capacidade de curar; no outro pólo, há consenso coletivo quanto à capacidade de cura do médico ou do feiticeiro. Um feiticeiro não se tornava grande porque curava seus doentes, pelo contrário, ele curava seus doentes por ter-se tornado um grande feiticeiro. As duas informantes que mudaram de médico, depois de repetidas falhas, procuraram profissionais conhecidos por meio da imprensa. A relação de confiança com os novos encarregados do caso, profissionais que incorporam o conhecimento da medicina de reprodução humana, é razão para persistir nas tentativas. Uma delas fizera tratamentos sucessivos com dois profissionais freqüentemente mencionados na imprensa. Ela considerava o primeiro "apagado" em relação ao segundo, por quem manifestou enorme admiração, afirmando que ele investia o que ganhava na pesquisa de novas tecnologias.

Falo aqui em eficácia simbólica, quando o objetivo da biomedicina e da ciência é a eficácia empírica. Na eficácia da magia, estão implicadas a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; a crença do doente no poder do feiticeiro e a confiança e as exigências da opinião coletiva. O recurso à reprodução assistida implica a crença na técnica de cura por médico, pacientes e opinião coletiva. A opinião coletiva se forma na recepção de notícias divulgadas pela mídia (Corrêa, 1997). A eficácia simbólica é parte da legitimidade das técnicas. A crença na eficácia das técnicas se relaciona tanto à confiança no progresso das novas tecnologias – a paciente procurou o segundo profissional em outra cidade, porque julgava as coisas atrasadas na sua – como à confiança no médico que, investindo em pesquisa, encarnava o progresso tecnológico.

## A Relação Médico-Paciente

O médico é aquele em quem as pacientes depositam confiança como encarnação do saber médico-científico. Todo médico tem uma identidade profissional que depende do reconhecimento coletivo. Essa identidade é um *status* profissional formado mediante a incorporação de disposições duradouras e costumes, isto é, um *habitus* (Bourdieu, 1996). A realidade do médico se concretiza em símbolos e títulos ostentados que as instituições do campo médico asseguram, fundamentando-se na crença coletiva. No Instituto de Ginecologia da UFRJ, presenciei a inculcação do *habitus* médico nos internos, estudantes nos períodos finais da graduação.[14] Uma das insígnias era a roupa branca, uma demanda de professores tradicionais, com a opção do jaleco branco longo, usada durante

o atendimento. Um estudante recém-chegado ao internato rotatório do instituto viera de “roupa comum” e sem jaleco. Rapidamente, a médica coordenadora solicitou e a auxiliar de enfermagem trouxe um jaleco branco de um tecido fino meio transparente, usado por atendentes. Quando o estudante vestiu o jaleco por cima da roupa, a médica e as colegas estudantes riram e comentaram: “Parece um pipoqueiro”, “Parece um açougueiro”. A médica coordenadora expunha todos os itens a indagar em anamnese voltada para a área reprodutiva, e recomendava: “Tem que atender como médico mesmo”. A postura corporal estava implicada: no atendimento feito em duplas, ambos deviam se sentar.

A incorporação do *habitus* incluía o aprendizado de várias técnicas corporais (Mauss, 1974a): a colocação do espéculo (bico de pato) para o exame ginecológico e a coleta do material para o exame preventivo. Um estudante rogou auxílio à sua colega, que recomendou mandar a paciente tossir, o que facilitaria a inserção do bico de pato. Embora tivesse assistido à coleta do material para o exame preventivo feita pelos médicos, outro estudante não conseguiu fazê-lo sozinho e veio me pedir ajuda: uma residente o acompanhou. Na graduação, os estudantes viam demonstrações de como fazer histerossalpingografias e tinham chance de executar o exame. Somente os residentes em ginecologia tinham oportunidade de treinar o exame várias vezes e aprender.

Um médico coordenador queixava-se do desinteresse dos residentes pelo aprendizado da técnica, a despeito de se tratar de um serviço financeiramente compensador, bem pago em clínicas particulares. Os estagiários nos serviços de reprodução assistida aprendiam a manusear corretamente o transdutor inserido na vagina da paciente para as ultra-sonografias e ao mesmo tempo localizar, com a outra mão, os ovários, apalpando o abdômen, e reconhecê-los visualmente na tela do monitor.[15] A habilidade de monitorar o estímulo ovariano em ciclos induzidos para coito programado, inseminação intra-uterina e FIV era prática distintiva do profissional qualificado para tratar esterilidade, conhecimento valorizado pelos médicos em busca de cursos de ultra-sonografia ginecológica e obstétrica.

Outra característica distintiva é a existência de um *habitus* lingüístico, produto de condições sociais, ajustado ao campo médico (Bourdieu, 1983) e caracterizado por vocabulário específico voltado para a comunicação entre pares. Em reuniões clínicas ou em contextos informais de discussão, manifestam-se estruturas de dominância e de autoridade na interação verbal dos profissionais. Os indivíduos nesses grupos têm estatutos diferentes, por isso um aspecto-chave das interações é o clima de competição (Cicourel, 1994). Uma médica queixava-se do colega que não seguia as condutas previstas naquele hospital público – ela

conhecia as condutas desde sua residência ali. Nas reuniões clínicas das equipes multiprofissionais de reprodução assistida, havia a hierarquia entre os médicos da coordenação de serviço, os contratados, os estagiários de segundo ano, os do primeiro ano e os residentes. No modo como os médicos tomavam a palavra durante as reuniões, evidenciava-se a hierarquia: os embriologistas só se manifestavam sobre questões técnicas. No VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida, houve menos freqüência às mesas sobre laboratórios de embriologia. Posição mais periférica nas equipes é a dos profissionais de psicologia, que sequer tinham sala de atendimento. Nem sempre os psicólogos integravam a equipe; por vezes eles passavam a receber diretamente as pacientes consideradas trabalhosas. Os profissionais obtêm poder de seus conhecimentos especializados (Cicourel, 1994), mas no mercado lingüístico atribuem-se valores diferentes aos conhecimentos e à sua expressão (Bourdieu, 1983).

O conhecimento especializado permite o reforço da autoridade sobre outros (Cicourel, 1994), situação explícita na interação médico-paciente. Embora se recomende o emprego de linguagem adaptada às características culturais e socioeconômicas do paciente, nem sempre o médico é sensível às diferenças e à capacidade do paciente de compreender as perguntas feitas na consulta (Cicourel, 1994). Em consulta no Instituto de Ginecologia, seguindo a orientação do serviço de investigar as causas de infertilidade, inclusive a vida sexual, uma residente perguntou à paciente se as relações sexuais eram "com desejo, com um prazer maior". Ela respondeu: "Minha mãe teve pneumonia". A residente ficou atônita com o curto-circuito na comunicação. Na anamnese dirigida, essa paciente esclareceu que sua mãe quase sofreu aborto quando teve pneumonia. Ela julgava a informação relevante para o tratamento. No final da consulta, a médica disse àquela paciente que ela teria de fazer uma "dosagem hormonal". A paciente perguntou o que era, mas a residente, apressada, não explicou. Essa usuária era doméstica e sua fala revelava pouca instrução. Boltanski (1979) analisa a barreira lingüística que separa o clínico do doente de classes populares devido ao vocabulário médico especializado. A atitude autoritária da médica na consulta aqui relatada é característica da relação com pacientes de classes populares, em que geralmente se nega a informação mínima que dê sentido a seus atos e prescrições. Tal atitude seria diferente quanto a pacientes oriundos das classes médias e de maior nível de instrução, com os quais o médico se identifica e que lhe cobram explicações (Boltanski, 1979). Uma usuária, técnica em radiologia casada com um enfermeiro, questionou a mudança de encaminhamento decorrente da alternância dos médicos que a atenderam. O médico a ouviu e retomou o encaminhamento anterior. Entre os usuários oriundos das camadas médias, observa-se maior adesão ao discurso médico.

Os profissionais usam o vocabulário médico contextualmente. Dependendo de a quem se dirige, o discurso dos profissionais da área de medicina reprodutiva pode oscilar entre a linguagem técnica, conceitual e abstrata da ciência e a linguagem afetiva do parentesco. Uma profissional, indagada sobre o que era um embrião, discorreu tecnicamente sobre o desenvolvimento embriológico. Conversando com outro membro da equipe sobre uma transferência embrionária, ela falou "colocar os nenês" e depois se corrigiu rápido. Para facilitar a comunicação, profissionais da medicina reprodutiva usam linguagem afetiva ao falar com leigos. Uma médica do Instituto de Ginecologia, lugar de tratamento convencional, explicava a FIV: "Fazem o bebê num vidrinho e depois colocam em você". A médica usou a metáfora em lugar da descrição, para se comunicar melhor.

Outro ponto de dificuldade na interação é o crédito dado ao relato. Usuárias que não "sentem firmeza" em determinado médico descartam suas recomendações ou explicações:

> *O médico passando para mim 'Você só vai engravidar de inseminação', eu posso corrigi-lo: 'Doutor, me desculpa, eu não sou médica, sou paciente, mas eu sei que inseminação é se a paciente tiver as duas trompas, ou pelo menos uma trompa boa. Não tendo as duas trompas, não tem como ocorrer inseminação. O senhor está passando uma informação errada'. Então (...) não dei nem atenção.* (Usuária de serviço público, 36 anos)

A informante não deu crédito à informação incorreta do médico. Em outros casos, os médicos não consideram a paciente fonte confiável de informação (Cicourel, 1994). No Instituto de Ginecologia, uma paciente contou que engravidou seis ou sete vezes, e teve resultado positivo no exame, mas depois a menstruação "descia". Desconfiada, a médica perguntou sobre os abortamentos, e a paciente negou sangramento intenso ou internação. Pediu para a paciente trazer relato escrito dos médicos que a atenderam. A paciente disse que, "de raiva", rasgou os exames com resultado positivo. Depois que ela saiu, a médica, muito irritada, chamou-a de mentirosa, considerando impossível sua história clínica. Comentou que mulheres com abortamentos de repetição choravam e se emocionavam, em contraste com aquela, que, além de tudo, não pôde sequer dar referência de profissionais médicos sobre seu estado de saúde.

Segundo Clavreul (1983), a relação médico-paciente é de dominação, em que o vocabulário médico especializado constitui obstáculo para a interação. A despeito disso, as pacientes assimilam e reinterpretam esse vocabulário e a finalidade dos tratamentos. A prática é mais freqüente entre pacientes de classe

média devido ao seu nível de instrução, mas surge também entre as pacientes de serviços públicos cuja carreira na reprodução assistida já é longa, com experiência de várias tentativas. Estas eram as principais fontes de informação para suas "colegas": "Então, fui aprendendo através dos comentários das meninas. Apesar que eu não ficava muito em contato com elas, que elas nem sempre falam aquilo que é realidade. Elas fantasiam as coisas", conta uma usuária.

O trânsito de informação entre pacientes nem sempre era pacífico. Uma delas se queixou de ter-se apavorado com a descrição do tratamento por "coleguinhas ruins" (*sic*), que lhe contaram que teria de tomar 28 injeções na barriga. Desde então, ela resolveu ouvir e confiar apenas no médico. Essa informação não seria procedente para um ciclo de inseminação intra-uterina, caso da informante, mas seria uma estimativa razoável em ciclo de FIV. Outras se queixaram de que o ambiente de conversa sobre o tratamento no saguão de espera lhes produzia mais ansiedade. As usuárias entrevistadas lembravam-se bem do ciclo de tentativas. Várias do serviço público e algumas do particular guardavam o nome dos medicamentos utilizados e a diferença de medicação entre os ciclos. Outras esqueceram o nome da medicação, embora recordassem a experiência física.

Para Clavreul (1983), prevalece a relação "doente-instituição médica" em função do atendimento por diferentes integrantes de um mesmo quadro. Essa observação parece, à primeira vista, adequada para as instituições públicas no Brasil, onde médicos se queixavam de pacientes que pediam que um determinado profissional as atendesse, embora o atendimento fosse em equipe. As usuárias de clínicas particulares de reprodução assistida relataram que vários integrantes de uma equipe as atenderam. A exceção foi a informante que recorreu apenas à inseminação artificial, um tratamento mais simples, feito no consultório de sua médica. A despeito disso, as pacientes de clínicas particulares tinham bem claro quem era o seu médico. Já as pacientes de serviço público, embora não pudessem escolher quem iria atendê-las, manifestavam clara preferência por determinados médicos. Quando aguardavam os médicos para as sessões de ultra-sonografia, ouviam-se manifestações de apreço ou desapontamento à medida que os profissionais chegavam. As experiências da aspiração de folículos e da transferência de embriões no centro cirúrgico eram relatadas como etapas cruciais do ciclo. Valorizava-se aí a presença do médico de confiança.

> *Naara – Como foi a transferência? (...) Foi o dr. X que fez. Foi tranqüilo?*
>
> *J – Foi. É rapidinho, é tranqüilo. Ele é muito bom. Ele conversa. Toca na pele da pessoa. 'Tenha calma, vai dar tudo certo, com essas mãozinhas lindas aqui você já está grávida'. (...) As meninas desejam boa sorte. (...) São muito carinhosos.* (Usuária de serviço público, 36 anos)

A informante elogia seu médico preferido e as “meninas” (embriologistas) pelo tratamento carinhoso. Outra relata que houve discordância quando um certo médico quis suspender seu ciclo já em andamento, enfatizando: “Mas não foi o meu médico”. Embora integrante da equipe, ela não o considerava seu médico. A primeira identificou seu médico preferido com um anjo divino: “Ele toca na gente com umas mãos, parece que é um anjo de Deus. Parece que como mora um anjo d’Ele nele, que ele é um médico maravilhoso”.

Algumas usuárias associam o médico com a divindade. Uma paciente do Instituto de Ginecologia da UFRJ comentou a respeito de suas chances de engravidar: “Só Deus mesmo, e os médicos também”. Na mesma instituição, a mãe de uma usuária falou: “Abaixo de Deus, só os médicos”. Para diminuir a expectativa das pacientes e a noção de onipotência médica, uma das médicas manejava um contra-discurso: “Médico não é Deus”, “É Deus que decide se você vai engravidar ou não”. Em contraste, médicos dos serviços queixaram-se das precárias condições de trabalho para o atendimento adequado, como a falta de medicamentos para os ciclos de estímulo, de material para contracepção (DIU e contraceptivos orais), de pessoal e de equipamento para monitoração do estímulo ovariano por ultra-sonografia, além das greves e paralisações. Pacientes comentaram que médicos teriam furtado transdutores de ultra-sonografia transvaginal de um hospital, suspeitas tachadas de ingratidão por parte deles, que se julgavam tão desinteressadamente dedicados.

Além da queixa de falta de condições de trabalho, “intercorrências” durante o atendimento questionam a ‘onipotência’ médica. No Instituto de Ginecologia, uma usuária engravidou após tratamento convencional e procurou sua médica para contar o seu caso. Ela foi para a Maternidade Escola dar à luz, porém seu bebê morreu no parto e ela sofreu uma histerectomia, porque seu útero não se retraía e outras medidas para cessar a hemorragia não surtiram efeito. Segundo a paciente, o médico poderia ter salvado o bebê se tivesse feito a cesariana antes, mas esperou para fazer o parto normal. Na cesariana, o bebê morreu e ela perdeu o útero. Era seu primeiro filho aos 27 anos, e ela não poderia mais engravidar. A médica, abalada, desabafou comigo e comentou que a morte de bebês, muitas vezes, era inexplicável, além de a ausência de retração do útero pós-parto ser imprevisível. Justificou sua opção pela ginecologia: “Obstetrícia é uma profissão ingrata, porque bebê morre”. Sentiu-se aliviada por não ser uma paciente do consultório particular: “Ainda bem que eu não fiz o parto dessa mulher. Imagina se é paciente do meu consultório? Num dia, ela vai me adorar, porque eu fiz ela engravidar; no outro vai me odiar porque eu matei o bebê dela”.

No desabafo, a médica revelou ter optado por não fazer parto normal em plantão no SUS e se restringir a marcar cesarianas, a não ser que ocorresse um parto fácil. O pagamento, o trabalho com espera de várias horas e os riscos não compensavam: “Parto normal, o SUS só me paga trezentos reais para eu ficar 12 horas lá com uma mulher berrando do meu lado”. Defendeu a cesariana, pois nunca vira bebê ter seqüela, ao contrário do parto normal, a favor do qual alguns médicos seriam “guerreiros”. A situação mostra as tensões no atendimento médico, com a queixa da paciente duplamente prejudicada e a frustração da médica diante de uma situação irremediável. A médica fez um comentário sobre as especialidades que foi revelador do *ethos* médico e das representações da profissão: “Um paciente de câncer vai olhar o médico como um companheiro na luta contra a doença. O médico será seu salvador, se conseguir”. Uma estudante de graduação respondeu que os pacientes tinham relação assim com o cardiologista. A expectativa desses jovens profissionais de serem “salvadores”, ou capazes de “fazer a mulher engravidar”, frustrava-se diante de obstáculos ou “intercorrências” que questionavam diretamente a eficácia da ação médica e seu *ethos* de ‘sacerdócio’ diluído no estresse cotidiano do atendimento.

Nas acusações de ingratidão e imperícia, vê-se que o relacionamento médico-paciente não é isento de conflitos. Uma usuária do Instituto de Ginecologia não trouxera o espermograma do marido, após diversas consultas no ambulatório de esterilidade. O médico coordenador do atendimento comunicou-lhe que estaria “de alta até trazer o exame”. Para mostrar seu interesse em continuar o tratamento, ela insistiu que comprara a medicação, porém o médico manteve-se irredutível em sua decisão. Ela se queixou de ter sido tratada de forma desumana. Em vez de se curvarem passivamente à autoridade médica, as usuárias nem sempre acatavam sua orientação. Encaminhou-se uma paciente do Instituto de Ginecologia para adoção, porque se julgou que uma cirurgia de trompas e útero seria pouco eficaz. Ela voltou com a referência de outro hospital para a cirurgia, pedindo aos médicos que lhe dessem o encaminhamento. Em um serviço privado de reprodução assistida, contrariando o parecer médico de uma técnica de alta complexidade para a infertilidade do marido, um casal escolheu a técnica mais simples, a inseminação intra-uterina, na primeira tentativa. Isso contrasta com a descrição do paciente passivo na relação com o médico: “Cuidar daquele ser que está se entregando para a gente”, falou uma especialista em reprodução humana. A mesma médica destaca o que ela considera uma relação de parceria no engajamento do casal na reprodução assistida: “O casal se torna assistente do médico no final do tratamento”.

Muitos profissionais apresentavam visões estereotipadas dessas usuárias. Uma médica de serviço público de reprodução assistida qualificou-as: “São

pacientes extremamente estressadas”. Uma médica do Instituto de Ginecologia da UFRJ agradeceu-me por ajudá-los, conversando com as “pacientes neuróticas”. Quando comentei com a psicóloga de um serviço que as pacientes consideravam os médicos aliados em seu objetivo de engravidar, ela opinou: “Por isso, em linguagem chula, elas abrem as pernas para eles”. Elas fariam qualquer coisa que os médicos recomendassem. Eis outro exemplo, conforme os códigos brasileiros de gênero de submissão feminina no ato sexual, que simboliza a passividade e entrega da paciente diante do médico.

Em contraste com a representação de pacientes frágeis, as mulheres envolvidas no tratamento de reprodução assistida se consideravam fortes, corajosas, persistentes, desafiando médicos e dificuldades. Ao vencer o desconforto e as pressões físicas e psicológicas decorrentes do tratamento, elas se percebem ativas e participantes de um projeto em que estão engajadas, e não vítimas dos médicos. A disposição para o auto-sacrifício relaciona-se a representações de maternidade disseminadas na cultura ocidental (Franklin, 1997). O nervosismo associado às pacientes em tratamento de infertilidade é imagem que independe da classe social. O nervosismo é a reação característica do gênero feminino na configuração dos nervos (Duarte, 1986).

Nos serviços públicos, associavam-se atributos às pacientes das classes populares. Um comentário comum era o de que não conhecem o próprio corpo. Uma médica do Instituto de Ginecologia dizia aos graduandos, no primeiro dia de internato: “Elas não conhecem o próprio corpo; a gente, que estudou, conhece”. A médica contou: “As pacientes não sabem que precisa transar para engravidar”, reproduzindo o questionamento delas: “Não basta uma vez para engravidar?”. Os internos perguntaram a freqüência necessária, e pareciam concordar com as usuárias sobre a necessidade de apenas uma relação. Em tom de piada, médicos relatavam situações anedóticas, como a da mulher que não engravidava, e depois se descobriu que o marido mantinha exclusivamente relação anal com a esposa. Os médicos, embora comentassem que as pacientes não sabiam contar os dias do ciclo menstrual, conhecimento importante para a ministração de medicamentos e o cálculo do período fértil, julgavam inútil explicar, partindo do princípio que elas não iriam entender. Cabe a observação de Boltanski (1979) sobre os médicos negarem a informação mínima que daria sentido a suas prescrições.

Representações desfavoráveis permeavam a visão sobre o par conjugal das camadas populares. No Instituto de Ginecologia, alguns médicos advertiam às usuárias que filho não salva casamento, partindo da suposição de que o casamento estava em perigo. Era rotina ali perguntar sobre a vida sexual do casal, um exemplo de medicalização da sexualidade em função da reprodução.

Embora a maioria das pacientes afirmasse constrangida que a vida sexual era boa, uma médica sempre concluía o oposto, especialmente se a paciente apresentasse algum sintoma de mal-estar. Uma paciente queixava-se de dor em penetração profunda. A médica perguntou: "Então a relação é uma droga? Você não sente nada? Você não goza?". Depois, sugeriu que ela deveria melhorar a vida sexual antes de ter filhos. Ela respondeu que sentia dor por causa da doença. Contou, sorrindo encabulada, que tinha relações com o marido quase todos os dias. A médica comentou, depois: "Essa mulher quer ter filho com um homem com quem ela não tem uma relação boa". A explicação de alguns médicos para a infertilidade era psíquica: a mulher não engravida porque, no fundo, não quer ter filhos do marido ou porque o casamento não vai bem, comentário que independe da classe social da paciente.

Combinada a essa imagem do casamento nas camadas populares, estava uma apreciação do plano de vida das mulheres em tratamento de infertilidade, explicitada no comentário de uma médica: "Essas pacientes (...) em geral são do lar. O nascimento do filho assegura a elas o direito de sustento pelo pai da criança. Essas mulheres não têm perspectiva e não querem ir para a frente. Que chances elas têm de fazer uma faculdade?". A trajetória criticada consiste no ordenamento de vida típico das mulheres das camadas populares, em que maternidade marca o estatuto de idade adulta e se associa a honra de casada, que é ter a própria família (Fonseca, 2000).

As representações dos médicos sobre as pacientes de camadas populares mostram tanto o etnocentrismo do profissional em relação aos "leigos" como um etnocentrismo da classe média, em que se vêem os costumes e a organização social das classes baixas segundo uma representação oposta ao modelo desejável de família nos setores médios. Uma médica de centro público de reprodução assistida falou da importância da oferta do serviço pelo Estado, porque a maioria das pacientes não podia pagar o tratamento, porque a medicação era muito cara. Após a entrevista, ela relatou, rindo, um chiste que circulava entre os médicos: "Por que será que, na clínica do dr. X., tantas mulheres ficam grávidas e aqui (no serviço), tão poucas? É porque Deus tem pena e não deixa essas crianças nascerem para passar fome". Transparece na pilhéria a idéia de que determinadas crianças não deveriam nascer, porque os pais não têm como sustentá-las, o que para muitos médicos corresponde à imagem de família das camadas populares. A discussão sobre modelos de família e médicos que pretendem uma missão civilizadora sobre os pacientes, cuja vida e costumes seriam inadequados, relaciona-se ao debate sobre o acesso à reprodução assistida.

Todos os serviços públicos investigados impunham limitações ao atendimento de pacientes de infertilidade. Cada serviço estabelecia uma política com critérios de restrição referentes à idade da mulher e ao seu estado marital – se ela tinha ou não companheiro. A justificativa para a restrição era pragmática: não havia recursos para atender a todos. Há poucos centros capacitados para o atendimento convencional de esterilidade, e praticamente nenhum deles oferece a reprodução assistida de alta complexidade (FIV e ICSI). Nos serviços, discutia-se a possibilidade de se adotar critérios ainda mais restritos para o acesso, como renda familiar e filhos de casamentos anteriores. Na entrevista com profissionais de reprodução assistida, eu abordava o acesso aos métodos e pedia a opinião sobre a oferta de reprodução assistida no serviço público. Também fazia questionamentos sobre situações de uso da reprodução assistida. Conforme a concordância, ou discordância, outros limites de acesso se revelavam.

Existe o discurso de que serviços de saúde não devem ser prerrogativas de quem pode pagar, explicitado na resposta sobre oferta de reprodução assistida no serviço público:

> *Dra. A – Se as pessoas realmente têm dinheiro, têm. (...) Também as pessoas com menor poder aquisitivo também têm que ter. Agora tem que (...) ver quais são as indicações para quais tipos de pessoas. Porque muitos aqui vêm para fazer a fertilização, porque casaram a segunda, a terceira, a quarta vez, às vezes com pessoas que não têm dinheiro. (...) Não é uma coisa (...) que médico não tenha que ligar para dinheiro, porque é problema deles. Acho que tem que ter algumas restrições também. (...) Então até uma fertilização assistida feita com um pessoal de nível mais baixo realmente vale a pena, mas tem que também saber as indicações.*
>
> *Naara – E as indicações seriam...?*
>
> *Dra. A – Se uma paciente já teve quatro filhos com um marido e fez laqueadura, por exemplo, fez um monte de aborto, não tem dinheiro, sabe?... tem que dar uma avaliada se no momento você vale a pena investir nessa paciente ou não.* (Médica, serviço público de infertilidade)

Há tensão entre o respeito à autonomia do paciente e o sentido social da prática médica. O comentário sugere excluir do tratamento pessoas cuja família não corresponde a um modelo ideal. Durante reunião da equipe de um serviço

público de reprodução assistida, o diretor quis discutir critérios de exclusão para as pretendentes ao tratamento, além da idade. Exemplificou com uma candidata que tivera nove filhos de vários companheiros, ligara as trompas, e depois se casara novamente, querendo filhos com o novo marido. Alguns médicos manifestaram-se a favor de critérios socioeconômicos de seleção, ao passo que outros defenderam o direito à reprodução, o que impossibilitaria processos excludentes. Outros protestaram, pois o nível socioeconômico baixo não impedia as famílias de criar e educar os filhos adequadamente. O diretor pediu a opinião de um profissional que não fosse médico, chamando a antropóloga presente. Eu, que assistia pela primeira vez a uma reunião do grupo, saí da situação constrangedora com uma resposta técnica sobre a dificuldade de estabelecer critérios de renda para as camadas populares, em que o emprego regular era precário e o subemprego e o trabalho informal imperavam.

Questões semelhantes norteavam a oferta de outras ações médicas no serviço público. No Instituto de Ginecologia, as cirurgias para reverter laqueadura estavam suspensas, com a justificativa de que atender à demanda paralisaria o setor para outras cirurgias. Antes de dar alta às pacientes ou de encaminhá-las para os serviços públicos de reprodução assistida em São Paulo, os médicos freqüentemente proferiam discurso de censura às pretensões de mais filhos. Usavam os argumentos da dificuldade financeira para criar filhos e da idade da paciente, que implica risco, além de enfatizar a experiência de maternidade vivida pela mulher e por seu novo marido, que assumia o papel de pai dos filhos dela. O desajuste em relação ao modelo de família com poucos filhos é uma situação propícia à ingerência médica na vida da paciente. A ingerência ocorre principalmente quando há grande distância social entre médico e paciente. Assumindo a estratégia discursiva socializadora, o médico usa linguagem despersonalizada e coercitiva, apela para a culpabilização do paciente e transmite informações em tom imperativo (Mitjavila & Echeveste, 1994). Os médicos passavam 'sermão' nas que buscavam reverter a laqueadura, porque consideravam a cirurgia de esterilização decisão e responsabilidade delas. Usuárias relataram episódios semelhantes no ingresso em serviço público de reprodução assistida. A informante reproduz os "conselhos" (*sic*) da assistente social: "Pensar em filhos num mundo desse que nós estamos!' Ela falou e eu fiquei calada, porque eu não tive como responder para ela. Porque eu achei que essa palavra deveria ser certa (...) só que para mim não estava certa" (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 39 anos).

A informante, embora reconhecendo certa razão na "estratégia discursiva socializadora" da assistente social, achou que a advertência não lhe servia. A situação da paciente pode fazer os médicos mudarem de idéia. No Instituto de

Ginecologia, quando a usuária, ao solicitar a reversão de laqueadura tubária, relatava o falecimento dos filhos ou ter sido submetida à cirurgia sem o seu conhecimento ou consentimento,[16] a postura dos médicos mudava – a política era atender esses casos. A mudança de posição reflete dois valores embutidos no discurso médico: o respeito à autonomia individual no tocante às decisões, traço típico do sistema de valor individualista, no caso da ausência de consentimento;[17] e a noção de que as mulheres deveriam ter a experiência da maternidade, dando nova chance às que perderam os filhos. Não se considerava a nova chance merecida para as que optaram por laqueadura e se arrependeram. Uma médica comentou com os colegas: "Nenhuma mulher se arrepende de ter ligado as trompas. Ela está aqui por causa do marido".

Os médicos do serviço público selecionavam pacientes em vista do excesso de demanda, excluindo aquelas para quem o tratamento tivesse pequena chance de êxito (mulheres acima de 37), ou quando o resultado era socialmente indesejável, como as famílias consideradas sem condições materiais ou formação pessoal para "criar bem" os filhos. Cussins (1998b) descreve a restrição do acesso ao tratamento em clínicas privadas de infertilidade nos Estados Unidos. Com base em um modelo de família nuclear heterossexual centrada no bebê, a política era aceitar casais heterossexuais estáveis. Encaminhavam-se as mulheres solteiras e lésbicas para bancos de sêmen. Além de condições financeiras para arcar com os custos da reprodução assistida, os casais deveriam ter comportamento adequado, pois não haveria razão para gerar um bebê para lar disfuncional. O tratamento de infertilidade é estressante em função do tempo e dinheiro investidos e da ministração de hormônios para induzir a ovulação (Cussins, 1998b). Aceitava-se a expressão de estresse nas consultas com os psicólogos da clínica e com a enfermeira coordenadora, mas não durante as consultas médicas, em que era considerada sinal da inadequação do casal para o tratamento. A despeito da opinião comum entre os profissionais de que as pacientes eram muito nervosas, aqui no Brasil constatou-se não haver tolerância com excessos. Pacientes problemáticas eram assunto de conversa e crítica dos técnicos de enfermagem e pessoal administrativo. O serviço podia dar alta e excluir as problemáticas.

Diversas acusações de mercenarismo e falta de ética dirigem-se à comercialização da reprodução assistida, uma representação veiculada na mídia sobre o mercado de reprodução humana nos Estados Unidos (Luna, 2000). A etnografia de Cussins (1998b) mostra que os critérios de aceitação de pacientes nas clínicas não se reduzem à capacidade de pagamento. Ragoné (1994) descreve as agências de intermediação da gestação substituta comercial. Essas entidades teriam preocupação com sua imagem, recusando arranjos que a

opinião pública consideraria escandalosos. Segundo Price (1999), além dos limites de idade, estabelecidos no serviço público da Inglaterra (38 anos), tanto em clínicas privadas como nas públicas, médicos julgam pacientes dignas da parentalidade e as selecionam com base nos relacionamentos. Isso resulta na negação dos serviços para lésbicas e solteiras. Para alguns médicos, filhos de lésbicas estariam em desvantagem por falta da figura paterna. Outros relutam em assumir posição de autoridade moral e julgar se pessoas são adequadas para ser pais e mães, visto que as pessoas férteis não sofrem restrições.

Certos profissionais medeiam o ingresso e a exclusão. Em um dos serviços públicos de reprodução assistida, a psicóloga avaliava os casais e os candidatos à reversão de vasectomia e prestava acompanhamento psicológico a critério seu ou por encaminhamento de outro profissional. Recorrendo a entrevistas semidirigidas, ela estimava o impacto da infertilidade na vida da pessoa e se o relacionamento conjugal era "satisfatório" (*sic*). Ela podia encaminhar o casal para terapia antes de iniciar o tratamento e até emitir um parecer que contraindicava a terapêutica em caso de conflitos entre o par. Em outro serviço, a psicóloga atendia pacientes encaminhadas pelos médicos. Seu objetivo era ver se o casal tinha condições psíquicas de ter o filho, questionando os médicos que olhavam apenas o aspecto técnico da infertilidade. Ela citou uma pesquisa qualitativa sobre crianças nascidas por FIV, que teriam maior tendência a autismo e psicose devido a problemas emocionais da mãe. Segundo Castel (1991), a avaliação psicológica torna-se atividade de perícia que, ao rotular o indivíduo, constitui um perfil e o insere em uma carreira. O rótulo de casal problemático poderia impedir o ingresso na carreira de usuário de reprodução assistida.

No contexto brasileiro, em que o CFM impõe regras mais restritas, verifiquei que aplicações da reprodução assistida seriam aceitáveis para os profissionais entrevistados e que valores culturais fundamentavam tal postura. Propus aos profissionais – 13 médicos, quatro embriologistas, duas psicólogas, uma enfermeira e uma assistente social – uma série de questões sobre situações polêmicas e tecnicamente viáveis. Perguntava qual era a postura do serviço e pedia a opinião do entrevistado. Nem sempre a posição pessoal coincidia com a política da instituição, em particular entre os médicos que atendiam no serviço público e em clínicas privadas, pois o primeiro impõe mais limitações que as últimas. Pedi a opinião sobre inseminação com sêmen de doador anônimo para mulher sem companheiro; sobre doação de óvulos para mulheres pós-menopausa; sobre reprodução assistida para casais homossexuais femininos e masculinos; sobre reprodução assistida póstuma, quando o material reprodutivo – sêmen ou embrião – vem de um cônjuge falecido.

Desses, a inseminação em mulher solteira é o único ponto previsto pela Resolução 1.358/92 do CFM. No serviço público, geralmente a regra é trabalhar apenas com o material do casal.[18] A despeito de a resolução do CFM o prever, nenhum dos serviços públicos de infertilidade atendia mulheres sem companheiro, atendo-se à filosofia do atendimento ao casal. Dois dos serviços de infertilidade não tratavam mulheres solteiras nem mesmo quando elas apresentavam o laudo de uma causa orgânica da esterilidade, como a obstrução tubária, por considerar tal atendimento desperdício de dinheiro público. Um dos médicos justificou que, se operasse uma paciente assim, haveria risco de ela arranjar um parceiro azoospérmico (sem espermatozóides no sêmen) e o tratamento cirúrgico ter sido em vão. As solteiras que queriam fazer o tratamento "para adiantar", antes de ter uma relação estável, ficavam decepcionadas com sua exclusão.

Em contraste, serviços públicos na Inglaterra excluíam mulheres sem parceiro e lésbicas da reprodução assistida, mas não do tratamento das causas orgânicas da infertilidade (Price, 1999). Vários entrevistados comentaram a possibilidade de mulheres simularem uma relação estável, trazendo um companheiro apenas para conseguir o tratamento. Um dos médicos relatou que duas usuárias ludibriaram o serviço e após o tratamento descobriu-se que eram solteiras. Em outro serviço, descobriu-se o truque e excluiu-se a paciente ainda na fase de triagem. Entre as clínicas particulares ou consultórios onde trabalhavam os profissionais, apenas um restringia inseminação em mulheres sem companheiro.

Mais da metade dos entrevistados foi contrária à inseminação de mulheres solteiras, houve um terço favorável e outros examinariam casos individualmente, ou não eram totalmente contrários. Os argumentos contrários baseiam-se em modelo de família de pai, mãe e filhos, no casal heterossexual como lugar da reprodução e no equilíbrio entre papéis femininos e masculinos na família. Essas considerações têm base em representações de gênero que distinguem o papel materno e o paterno: a mulher que nega a relação com o pai e quer apenas o filho é "patológica" ou "egoísta", incapaz de perceber as conseqüências para a criança. A mulher não deve fugir do papel de gênero relacional atribuído na cultura ocidental (Strathern, 1995a), ainda mais na sociedade brasileira, em que predomina o modelo de família hierárquico-relacional (Da Matta, 1987).

Os profissionais entrevistados pertencem às camadas médias urbanas, com nível de instrução superior ou acima, um segmento em que a representação de casal tem tons mais igualitários (Salem, 1989; Heilborn, 1995). Houve quem frisasse que seu ponto de vista era pessoal e não condenava quem tivesse

postura distinta. Entre os favoráveis, os argumentos do direito à reprodução, a comparação com casais separados e a ênfase no amor remetem a modelos igualitários característicos do individualismo moderno, como a produção independente (Dauster, 1987). Reconfigura-se o amor segundo ideais igualitários em símbolo de família (Dauster, 1992).[19]

A doação de óvulos para mulheres acima da idade da menopausa (50 anos ou mais) foi a questão com mais consenso nas respostas. Três quartos dos profissionais eram contra. As justificativas distribuíam-se em torno de núcleo de significados comuns. Os argumentos calcaram-se na enorme diferença de idade entre mãe e filho ("a mãe seria avó"), uma impossibilidade natural que poderia resultar em crianças órfãs a curto prazo, além do alto risco para a saúde da gestante e do feto. Os favoráveis argumentaram com a viabilidade técnica ou desaconselhariam caso a paciente não tivesse boa saúde. Houve equilíbrio entre razões sociais e biológicas para negar a doação de óvulos à mulher idosa. Prevaleceu a preocupação com a criança, que ficaria desamparada.

No tocante ao uso da reprodução assistida por casais homossexuais, o que implicaria doação de sêmen para os casais femininos e a colaboração de uma mãe substituta ou portadora (barriga de aluguel) por parte dos casais masculinos, as posições se dividiam. Pouco mais da metade dos entrevistados foi contrária. Um quarto era favorável sem restrições, e outros questionavam apenas o recurso a uma mãe substituta. O bem-estar da criança é o argumento mais invocado pelos contrários, uma condição considerada impossível em família fora do modelo reprodutivo de casal heterossexual com papéis masculinos e femininos. Esse núcleo de argumentação baseado no aspecto social repete o modelo tradicional na posição contrária à inseminação de mulheres sem companheiro. Aqui voltaram argumentos baseados em noções de "natureza" e "natural" como a crítica à procriação por pessoas do mesmo sexo, sugerindo-lhes a solução do coito heterossexual.[20]

O fato de a gestação substituta ser a única restrição para alguns favoráveis assinala o peso simbólico dos laços adquiridos na gravidez. Entre os favoráveis, mencionou-se novamente a procriação como um direito independente de orientação sexual, argumento fundamentado no caráter social da reprodução como escolha e direito: pode-se contornar a natureza ou 'métodos tradicionais' por meio da reprodução assistida. Tal afirmativa é o inverso do argumento baseado no impedimento natural da procriação, evocado pelos contrários ao acesso de homossexuais: "gerar é diferente de adotar". Mesmo entre os favoráveis, a procriação ou geração de filhos pelo par homossexual não é um ponto pacífico, pois se sugerem condições: apresentar os mundos homossexual e heterossexual para a criança, um relacionamento estável, além da

avaliação do casal por uma equipe. Essa concordância se condiciona à estabilidade, aspecto do modelo hegemônico de família e casal.

A concordância com o acesso de homossexuais se afina com valores individualistas e igualitários em que a procriação é escolha individual e a natureza não é fator limitante à realização humana. Essa médica atenderia um homossexual que trouxesse uma parceira:

> *Eu poderia atender, porque é uma solicitação que tem amparo dentro de normas éticas (...) do Conselho Federal de Medicina. Uma mulher (...) solteira e independente pode dizer que quer gestar. (...) se ela está trazendo um homem que ela apresenta como a pessoa que vai ser o pai do filho dela, se ele assina dizendo que está ciente de que não está aqui trazido à força, que ele vem colher o sêmen para uma coisa que ele sabe o que é, eu não tenho por que questionar isso. Mas aqui na clínica, até hoje, nenhuma vez a gente fez esse tipo de proposição. Se eles tivessem falado: 'Sou um homossexual masculino e ela é minha amiga e nós vamos ter o bebê', eu não teria problema de atender.* (Médica)

A legalidade da prática e a liberdade do par procriativo (homossexual que apresenta uma amiga para gestante substituta), no sentido de escolha livre, sem coação, são os argumentos para justificar a aceitação do pedido em termos condizentes com a ideologia individualista moderna. A escolha prevalece sobre a natureza.

A reprodução assistida póstuma, ou seja, a inseminação com sêmen de pessoa falecida ou transferência de embrião originado de pessoa morta, foi o ponto com mais diversidade de posições. Um terço dos entrevistados foi contrário e houve a mesma proporção de favoráveis. As demais opiniões se dividiram entre analisar caso a caso, respeitar a vontade da pessoa quando era viva, ou conforme a existência de consentimento informado. Sugeriu-se destruir o sêmen na morte da pessoa, caso em que a procriação é uma impossibilidade biológica e legal. Advertiu-se que a resolução do CFM impede a destruição de embriões e também a transferência do embrião para a nova companheira do marido. Rejeitou-se a transferência póstuma porque poderia implicar gestação substituta (barriga de aluguel), em contraste com a inseminação póstuma.

A inseminação e a transferência póstumas embaralham as claras linhas de argumentação anteriores, fundamentadas no bem-estar da criança, na adequação da família e nos direitos individuais. Quem invocou o respeito à vontade do falecido mencionou os direitos individuais. Quando a morte de um dos cônjuges entra em jogo, os argumentos giram em torno do parentesco: há continuidade genética do morto no material germinativo (sêmen ou embriões), o filho é

do casal e o parentesco não muda com a morte. Os contrários alegam a necessidade de estar vivo para procriar e gerar nova vida, exigindo limites a despeito da possibilidade técnica. A continuidade do morto seria triste. Entre as objeções estavam questões jurídicas: implicações para herança e o direito de recusar atendimento diante do problema legal. Segundo Simone Novaes Bateman (*apud* Tamanini, 2003), as novas tecnologias reprodutivas propiciam a fragmentação e extensão no tempo e no espaço da experiência procriativa. Uma pessoa morta pode procriar se tiver deixado sêmen congelado – ou se tiver o material colhido imediatamente após a morte – ou embriões criopreservados.

No conjunto das respostas, vários favoráveis à inseminação de mulheres solteiras concordaram com a reprodução assistida para casais homossexuais, o que desenharia um grupo afinado com posições igualitárias. Apenas três entrevistados posicionaram-se de forma contrária a todas as questões: duas eram psicólogas preocupadas com a necessidade de limites. Somente uma pessoa mostrou-se favorável a todas as situações, por não se julgar no direito de impor sua posição aos outros. Os entrevistados de ideais igualitários e argumentos baseados nos direitos individuais se dividem quanto à reprodução assistida póstuma. Em contrapartida, três entrevistados contrários ao acesso da reprodução assistida para mulheres solteiras, na menopausa e casais homossexuais, usando a argumentação mais tradicional sobre família, foram favoráveis à reprodução assistida póstuma. Aparecem aí associados: o parentesco biológico por DNA, que não se dissolve com a morte, e a visão de família como casal reprodutivo heterossexual. A morte prévia à concepção não abala esse modelo de família, ao contrário da "produção independente" ou de casais homossexuais com filhos. A tensão entre natureza e escolha perpassa as tecnologias de procriação.

## NOTAS

1 Segundo Testart (1995), Edwards e Steptoe usavam a indução de ovulação nos experimentos iniciais com FIV, mas cessaram com o estímulo ovariano, por lhe atribuírem os insucessos das primeiras tentativas.

2 Laparoscopia consiste no exame do interior da cavidade abdominal mediante um endoscópio chamado laparoscópio. Esse procedimento é menos invasivo do que cirurgias de laparotomia, chamadas popularmente de "operação de barriga aberta", por exigir apenas pequenas incisões no abdômen.

3 "GIFT e outros" (ZIFT, Prost, TET e combinação de GIFT e FIV) correspondem a técnicas de transferência para a trompa. TET significa transferência de embrião para a trompa.

4 Uma das oito células de um embrião de três dias é retirada por meio de micromanipulação. O exame é no núcleo da célula. Uma sonda de DNA, ao ligar-se a um certo cromossoma, produz

uma cor específica, o que é visível pelo microscópio de fluorescência. Cada cromossoma marcado com a cor fluorescente específica corresponde a um exame diferente (Rabinovici *apud* Andrade, 2004), conforme o curso do prof. Paulo Paes de Andrade "Mapeamento gênico e Programa Genoma Humano", disponível *on-line*.

5 Estudam-se as implicações do diagnóstico pré-implantação de embriões e sua apropriação pelos usuários das tecnologias de procriação em Luna (2004b). Uma análise dos projetos de lei está em Diniz (2003).

6 O bloqueio da função ovariana no ciclo longo é um ponto intrigante nos protocolos de estímulo ovariano: por que bloquear o que se quer induzir? Ganha-se no controle do ciclo, mas com o bloqueio se demanda maior quantidade de hormônios na indução (WHO, 1992; Speroff, Glass & Kase, 1995).

7 A palestra foi proferida em 23 de setembro de 2002 no Instituto dos Advogados de São Paulo, abrindo o ciclo "Biodireito e manipulações genéticas". Um embrião formado por meio dessa técnica encontra-se congelado na clínica do referido especialista (Carelli, 2001).

8 Essa técnica, por causa da virtual mistura de espécies propiciada pela tecnologia reprodutiva, desperta reações de rejeição relacionadas a noções de poluição (Douglas, 1976), um ponto analisado em Luna (2001b).

9 Uma das médicas entrevistadas por Tamanini (2003) oferece fertilização com espermátide.

10 Uma funcionária de serviço público de reprodução assistida explicava ao telefone a fertilização *in vitro* e ouviu a pergunta: "Então meu filho não vai crescer dentro de um vidro, como eu já vi num filme?". A crença na possibilidade de ectogênese exemplifica o potencial infinito atribuído à medicina, dado o progresso científico.

11 Uma usuária, após três tentativas sem sucesso, mudou de médico e pagou por um pacote de três tentativas Ela engravidou na segunda. Faz-se o pagamento da medicação usada em cada ciclo à parte do pacote.

12 Descreve-se a institucionalização do campo da reprodução assistida no Brasil no trabalho de Corrêa (2001). Para análises recentes da dinâmica do campo, ver Barbosa (1999) e Rede Feminista de Saúde (2003).

13 Todas as entrevistadas do serviço público mencionaram como ponto marcante a reunião em que o médico explica o tratamento e o casal "assina". Das entrevistadas de clínicas privadas, apenas as que tiveram embriões para congelar mencionaram a assinatura do protocolo. A omissão do tópico pelas usuárias de clínicas privadas talvez signifique que o contrato burocrático não foi marcante na vivência do tratamento.

14 O *habitus* como sistema de práticas e disposições se forma historicamente. Foucault (2003) descreve a formação do olhar médico, da nova percepção do corpo que orientava o exame físico e as conclusões obtidas.

15 Longe de constituírem objetos dóceis de treinamento, várias pacientes se queixaram da inabilidade de estagiários, uma situação comum em serviços públicos universitários, onde se aprende a clínica na prática.

16 Sem ser informada, uma paciente foi submetida, aos 15 anos, a laqueadura tubária na cesariana do segundo filho por iniciativa de sua mãe, que contatou o médico e pagou pelo serviço. O marido discordou, mas não impediu nem a avisou. A situação difícil da filha no casamento foi a justificativa. Outra usuária sofreu laqueadura no nascimento do segundo filho, aos 17 anos, sem seu consentimento, mas com autorização do marido.

17 Sobre o individualismo como configuração de valores do Ocidente moderno, ver Dumont (1992, 1997). Menegon (2003) também discute a prática do consentimento informado derivada dessa configuração.

18 Dois centros de reprodução humana no serviço público tinham projetos de implantar programas de doação de óvulos, um já com lista de espera. Essas iniciativas estavam suspensas. Um dos centros tinha interesse particular no programa de doação, pois não oferecia congelamento de embriões, em função das implicações jurídicas. Com o programa, seria possível dar vazão a casos de produção excessiva dos gametas femininos.

19 A única entrevistada solteira usuária de reprodução assistida questionou a exclusão das solteiras: “Eles não querem fazer filho numa mulher solteira”, criticando os casais que têm muitos filhos sem condições materiais de sustentar: “Essas pobres acham que porque têm marido podem ter cinco, dez filhos”. Ela defende ações de esterilização “para não ter tanta criança passando fome na rua”. Há em sua postura o traço modernizante de racionalização da família com controle do número de filhos e outro medicalizador de intervenção no casal.

20 Winter (2000), psicanalista, critica a reprodução assistida para casais homossexuais por separar sexualidade e procriação: a negação da diferença anatômica dos sexos prejudicaria o desenvolvimento psíquico infantil.

# 4

# Corpo, Concepção, Hereditariedade

*Nossa! Óvulos!*
Usuária, 42 anos, serviço
privado de reprodução assistida

## O Corpo e suas Representações

Para se discutir corpo e corporalidade no tocante às tecnologias de procriação, remonta-se à história da noção de corpo da cultura ocidental moderna. É clássico o relato do antropólogo Maurice Leenhardt na Melanésia, que investigou a influência sobre a mentalidade tradicional da cosmovisão ocidental difundida com a evangelização. Ao sugerir que os europeus introduziram a noção de espírito, Leenhardt ouviu de um velho da sociedade canaca que eles "sempre haviam agido de acordo com o espírito. O que vocês trouxeram foi o corpo" (*apud* Le Breton, 1995: 18-19; Csordas, 1994: 6). O corpo é o fator de individuação na noção ocidental de pessoa cristalizada em torno do eu: o indivíduo (Le Breton, 1995).

Na cristandade medieval, conforme a tradição helenista, representa-se o corpo como a parte material e perecível da pessoa humana, em oposição à alma, também criada por Deus, porém imortal. No cristianismo, encontra-se uma relação de três termos: o corpo, a alma (princípio vital) e o espírito (princípio racional). No século XII, com a recepção de Aristóteles no pensamento escolástico, Tomás de Aquino considera o ser humano uma totalidade de "alma encarnada" e "corpo animado". Na tradição monástica, o corpo é alvo de desconfiança: penitência e jejum são os meios de domá-lo. Quando se desencanta o corpo, esvaziando-o de seus valores simbólicos tradicionais, ele se torna objeto do novo olhar médico ou judiciário (Schmitt, 1998). As primeiras dissecações oficiais, em cadáveres de condenados, ocorrem na Itália no início do século XIV, sob o controle da Igreja. No século XVI, já são rotineiras.

A obra do anatomista Vesálio é a origem da distinção entre o ser humano e seu corpo. De Vesálio a Descartes, purifica-se o corpo de toda referência à natureza e ao ser humano que o encarnava. Opondo razão (espírito) e matéria, o dualismo cartesiano difere de pensamentos dualistas anteriores por não ter mais fundamento religioso. Inventa-se o corpo ocidental: limite da individualidade, acessório da pessoa, descentrado do sujeito. No pensamento mecanicista, do mesmo modo que se compreende o animal segundo o paradigma da máquina, desprovido de linguagem e de pensamento, vê-se o corpo na forma de mecanismo (Le Breton, 1995). Segundo Andrew Strathern (1996), Descartes usa a dicotomia religiosa existente, tornando-a dicotomia filosófica. Para Descartes, a alma/mente não tinha extensão física, mas possuía a capacidade de pensar, ao contrário do corpo, que tinha apenas extensão física. A realidade observável torna-se puramente material, o que permitiu preservar a alma para a teologia e o corpo para a ciência. Ao esvaziar o corpo da alma, os cientistas estavam livres para examinar o corpo fisicamente como coisa, propiciando o crescimento da biologia experimental. A abordagem mecanicista e materialista cartesiana é fundante para a prática e teoria biomédicas.

O corpo tem história e constitui entidade biológica e fenômeno cultural (Csordas, 1994). Com base na proposta de Godelier e Panoff (1998), meu objetivo aqui é compreender como as sociedades representam a produção do corpo humano, desde a concepção e desenvolvimento no útero, além de sua modelagem física, social e mental após o nascimento, com a fabricação de um ser humano que tenha lugar em certa ordem social e cósmica. O interesse é a inscrição dos indivíduos nas relações de parentesco. Pretendo analisar os processos de construção de relações sociais e sua inscrição no corpo.

Ao privilegiar a análise das representações do corpo humano, a definição de indivíduo e de pessoa em uma sociedade está sob novo exame. Csordas (1994) argumenta, com base no ensaio de Mauss sobre as técnicas corporais, que o corpo é a um tempo a ferramenta original com que os humanos moldam seu mundo e a substância original com a qual se molda o mundo humano: a cultura baseia-se no corpo humano. Se na biomedicina o corpo é objeto, ele também é sujeito de sensação, de experiência e de estar no mundo. Csordas critica a abordagem da antropologia que exclui o corpo, substrato pré-cultural, do domínio da cultura. O corpo seria sempre cultural. O autor sugere a experiência vivida para ponto de partida da análise. Considerando o corpo a base existencial da cultura e do *self*, Csordas propõe o conceito de *embodiment* ou "encorporação" (Viveiros de Castro, 1996: 138).

Viveiros de Castro (1987) aborda a fabricação do corpo na sociedade xinguana. Entre os iaulapitis, o social cria o corpo, em vez de depositar sobre

ele como um suporte inerte. O autor analisa o complexo xinguano de reclusão com base na idéia de que o corpo vira corpo humano mediante uma fabricação cultural. O complexo de reclusão, que inclui a *couvade*, a puberdade, a doença, a iniciação xamanística, a gestação e o sepultamento – passagens críticas do ciclo vital – é um aparelho de construção da pessoa xinguana. A reclusão é a fase liminar de construção do novo papel social por meio de uma tecnologia do corpo.

Regras alimentares e sexuais impostas propiciam a mudança substantiva do corpo. Ocorrem intervenções nos canais de contato entre o corpo e o mundo, na manipulação de substâncias interditas ou permitidas de entrar e sair do corpo, tais como sangue, sêmen, alimentos, tabaco e substâncias que provoquem vômito. Além de inscrever no corpo suas marcas gráficas, a sociedade se interessa pelo que se passa dentro do corpo. Compara-se a fabricação do corpo com a aplicação das técnicas de reprodução assistida quanto ao caráter liminar da fase, ao tempo necessário para a fabricação do novo papel, bem como à intervenção nos canais de contato entre o corpo e o mundo. A hipótese é que as técnicas teriam o objetivo de fabricar o corpo grávido no ciclo FIV. Na fabricação do corpo, ou "encorporação", retoma-se a afirmação de Mauss (1974a) de que o primeiro objeto técnico e meio técnico do ser humano é o seu corpo. As técnicas corporais são uma série de atos tradicionais e eficazes de ordem mecânica, química ou física, atos montados no indivíduo por ele mesmo e por sua educação em sociedade, visando a adaptar o corpo a um fim. O conceito de técnicas corporais, proposto por Mauss, serve de base para analisar a experiência das pacientes quanto às diversas técnicas que se exercem sobre o corpo, desde a busca de diagnóstico até os procedimentos de reprodução assistida.

## Forma e Percepção Corporais

Na fase de diagnóstico, coleta-se sangue da mulher e seu marido, a fim de averiguar a existência de doenças como HIV e para a dosagem do nível de hormônios. O homem submete seu sêmen a exame: o espermograma. Nessa coleta, assim como no processo de fabricação do corpo xinguano, os fluidos corporais do homem e da mulher estão sob intervenção. Instrui-se o casal a não ter relações sexuais antes do espermograma por três a cinco dias, a fim de garantir a padronização necessária para se avaliar o sêmen. Nas etapas do tratamento, orienta-se o casal ora a manter relações, ora a suspendê-las. Pacientes comentavam na sala de espera de serviço público: "Os médicos dizem para você namorar bastante". Controlam-se as emissões e fluidos corporais: uma usuária avisou a enfermeira da chegada da menstruação, e recebeu a instrução para marcar um exame. Regra-se a vida sexual: a enfermeira perguntou como o

casal estava namorando e recomendou o uso de preservativos se tivessem relação na véspera da ultra-sonografia, “senão fica chato”.

No teste pós-coito, a recomendação é inversa: o casal deve ter relações de seis a oito horas antes do exame, quando se coleta muco do colo do útero para se observar o número e a motilidade dos espermatozóides (Abdelmassih, 1999). Médicos orientam as pacientes para não se lavarem com ducha, apenas fazerem a higiene superficial antes desse exame. Uma usuária de clínica privada de reprodução assistida conta, em tom divertido: “Eu fiz o teste pós-coito, que você tem realmente que ter a relação e ir para o exame. E é uma coisa programada, mas é pelo exame”. Outras pesquisadoras ouviram queixas de suas entrevistadas pelo caráter programado dessas relações em hora não escolhida e sem desejo (Tamanini, 2003; Barbosa, 1999). Para o teste realizado de manhã, viu-se sugerirem a relação para as três horas da madrugada.

Médicos e usuárias aprendem técnicas corporais nos exames. A instrução para os primeiros é a atividade, e para as pacientes é a passividade e resistência, o que reproduz a simbólica de gênero do masculino ativo e do feminino passivo. No Instituto de Ginecologia da UFRJ, um médico coordenador treinava graduandas para o exame de histerossalpingografia que avalia útero e trompas. Trata-se de técnica radiográfica com injeção de contraste no útero, seguida de uma seqüência de radiografias. A paciente, vestida com um roupão do serviço, ficava em posição ginecológica (deitada de barriga para cima com as pernas abertas e flexionadas) na mesa cirúrgica sob o aparelho de radiografia. Ela recebeu a advertência de que sentiria uma “pequena cólica”, mas não deveria se mexer. O médico calçou as luvas descartáveis e demonstrou a extração do contraste do frasco com a seringa sem estourá-lo. Encaixou a seringa em uma cânula que passa pelo colo do útero, conduzindo o contraste. A cânula tinha um tampão na ponta para impedir o vazamento do contraste do colo. O médico introduziu um espéculo para manter a vagina aberta, localizou visualmente o colo do útero e fez a assepsia da vagina com iodo. Ele pinçou o colo do útero e recomendou puxar com força, mantendo o útero retificado a fim de que a imagem saísse em perfil adequado na radiografia. Introduziu a cânula e depois retirou o espéculo, a fim de não prejudicar a visualização nas radiografias. O médico vestiu um avental forrado de chumbo, e as graduandas que assistiam correram para o anteparo protetor de onde se acionava o aparelho, com um comentário: “Vamos proteger nossos ovários”. Injetou o contraste aos poucos, à medida que se batiam as radiografias. Ele retirou a cânula e fez nova assepsia da vagina com iodo, para retirar as sobras do contraste. Bateu-se uma última radiografia para ver se o contraste vazou através das trompas para a cavidade abdominal (“cote” ou “*côté*”). Desde a retificação do colo, a paciente

calada manifestou dor, crispando o rosto durante a injeção do contraste. O médico orientou-a a tomar Buscopan para cólicas e recomendou-lhe que não comentasse o exame com a próxima da fila. Queria evitar que a outra se assustasse.

Tanto a imagem da radiografia quanto a reação de dor indicavam a presença de aderências nas trompas. A próxima paciente crispou as mãos na pinçagem do colo e, durante a injeção do contraste, gemia de dor, quase chorando. O médico pediu-lhe para agüentar, pois estavam no fim, mas teve de interromper. Uma interna comentou: "Esse exame deve doer pra caramba! Deus me livre de ter que fazer um dia". Outra, menos empática, disse que dor era subjetiva, pois o limiar de resistência variava. Eu perguntei se o estado da paciente influía na dor. Ela respondeu que o estado psicológico influiria. Perguntei sobre o estado físico. A injeção de contraste provocaria dor se a paciente estivesse com aderência, porque dilataria partes obstruídas. Encontrei em consulta a paciente que não resistira até o fim do exame. Ela falou que o exame era horroroso e que havia feito um escândalo.

A histerossalpingografia foi o exame com mais queixas das usuárias. Fazendo-o pela segunda vez, ao ouvir do médico que iria sentir uma dorzinha, uma usuária retrucou: "Não precisa me enganar não, porque eu já conheço". Outra se referiu ao exame da "chapinha":

> *Naara – Você não gostou? Como é que foi esse exame?*
>
> *S – Não. Porque se tivesse que fazer de novo, eu não fazeria. Horrível (...) O médico falou para mim que era uma dor de parto. Eu falei: 'Mas não tem nenê'.* (Usuária, 29 anos, serviço público de reprodução assistida)

Outras pacientes ouviram a comparação da dor ao início das dores do trabalho de parto: "Quando alarga lá é a dor de começar a ter um bebê por parto normal". Uma usuária do Instituto de Ginecologia da UFRJ fez a histerossalpingografia em outro serviço. Ela sentiu tanta dor, que quase desmaiou. Os médicos fizeram uma manobra que aumentou a dor: ela se arrastava com os instrumentos dentro de si, de uma extremidade à outra da mesa de radiografia.[1] Os médicos disseram que o aparelho era mais moderno e o exame iria doer menos. Ela queixou-se de sair sangrando do exame e ficar menstruada por uma semana.

Outro exame menos solicitado é a videohisteroscopia, que permite a visualização do interior do útero em um monitor por meio de uma microcâmera de vídeo, inserida por via baixa. Uma usuária do Instituto de Ginecologia da UFRJ fez uma videohisteroscopia e identificaram um pólipo. A médica explicou que o

pólipo funcionava como um DIU, impedindo-a de engravidar. Depois de uma intervenção para retirar material da “formação polipóide” para biopsia, a médica comunicou que deveriam repetir o procedimento por insuficiência de material. A usuária se queixou da dor na biopsia, e não da videohisteroscopia em si, pois gostava de ver-se por dentro e se acalmava. Quando se viu na tela, a dor passou: “Eu sempre quis me ver por dentro, como eu tinha visto no *Globo Repórter*”.[2]

A usuária que se queixou de hemorragia após a histerossalpingografia supunha que fora naquele exame ou na cirurgia para retirar um pólipo que “estragaram suas trompas”. Sem engravidar, ela fez histeroscopia oito ou nove vezes, a pedido médico de repetição dos exames. Surgiu um pólipo na “entrada do útero” e, por causa disso, o esperma “batia e voltava” (*sic*). Na primeira operação, o pólipo era do “tamanho de um caroço de feijão”. Em nova histeroscopia, verificou-se que cresceu novamente. Ela passou mal no exame, quase tão ruim como a histerossalpingografia: perdeu a fala e a audição, ficou gelada e mole. Constatou-se que seu útero estava “colado” (*sic*), e que, por isso, ela não poderia engravidar. A usuária fez o exame e voltou para retirar o pólipo de novo em histeroscopia cirúrgica. Houve o encaminhamento para nova videohisteroscopia, a fim de verificar se o pólipo crescera. Como ela não sentira dor no tórax e no abdômen após a injeção do gás no útero, os médicos lhe explicaram que o gás não havia passado pelas trompas. Esse dado constava no laudo da histeroscopia, com sugestão de nova histerossalpingografia para verificar obstrução tubária, mas os médicos não pediram novo exame. A despeito dessa descrição muito vívida do exame, nem todas as usuárias experimentaram desconforto físico. Para as pacientes cujo desconforto foi pequeno ou inexistente, a experiência não foi marcante e apenas se menciona o exame. Os comentários contrastavam: umas qualificavam a histerossalpingografia de horrível, e outras nada sentiram. Algumas discutiam qual exame causaria mais desconforto, a histerossalpingografia ou a histeroscopia.[3]

Os exames aumentam em complexidade técnica. Indicou-se a videolaparoscopia para a usuária mencionada. No exame, insere-se uma câmera de vídeo na cavidade abdominal por meio do laparoscópio, que passa através de uma incisão.[4] A cirurgia requer anestesia. Uma interna do Instituto de Ginecologia da UFRJ explicou o procedimento para uma usuária: “Faz um furinho, enche a barriga de ar e bota um vídeo para ver como está lá dentro”. O pós-operatório era curto, pois não teria de “abrir a barriga”.[5] Uma usuária da mesma instituição fizera a videolaparoscopia para tentar reverter a laqueadura tubária. Ela assistiu ao vídeo com as amigas, que acharam as mulheres “muito feias por dentro, parecendo uma galinha”. Ela se refere às fímbrias das trompas, como umas “mãozinhas se mexendo”.

Há dois aspectos da questão. Em função das técnicas de diagnóstico e do tratamento para os ciclos induzidos, as usuárias têm uma percepção do corpo distinta em termos de sensações e imagens, reinterpretando as descrições biomédicas; além disso, o corpo se transforma no decorrer do tratamento. Os médicos identificavam o momento da ovulação por meio da curva da temperatura, em seguida por dosagem hormonal, e finalmente por meio de ultra-sonografia, pélvica e depois transvaginal. Trata-se de várias formas de construir o mesmo fenômeno. Uma usuária do Instituto de Ginecologia da UFRJ passou três ou quatro dias de monitoração da ovulação por ultra-sonografia para realizar o coito programado em ciclo não induzido. Quando o folículo estava prestes a estourar, foi-lhe prescrita uma injeção de Profasi, em suas palavras, para segurar o folículo e dar-lhe tempo de chegar em casa e ter relação com o marido (na realidade, o medicamento é hCG, usado para induzir a maturação final dos folículos). A monitoração do ciclo cria na vida da paciente o momento exato da fertilidade. A intervenção médica, além do exame, se estende à injeção do medicamento. Apesar de a usuária ter seguido a prescrição de relações com o marido, a gravidez não ocorreu. A estratégia de controle sobre o corpo, efetivada pelos médicos, com o engajamento da paciente não teve o resultado esperado: a produção de um corpo grávido.

Conforme os meios técnicos, há distintas possibilidades de conceituar o momento fértil. Com base no dualismo cartesiano que cinde o sujeito em corpo e mente, o discurso biomédico propõe uma divisão científica do trabalho, encarregando-se do corpo biológico como o determinante desse sujeito (Menéndez, 2001). Segundo Konrad (1998), o discurso biomédico ocidental supõe que corpos humanos são entes biológicos que podem se reduzir a partes corporais abstraídas, inertes e passivas. O discurso, as práticas e técnicas da biomedicina criam imagens de fragmentação do corpo, isolando órgãos, funções, células e moléculas (Le Breton, 1995). O objetivo das técnicas de exame, como a histerossalpingografia, a histeroscopia, a videolaparoscopia e a ultra-sonografia, é proporcionar a transparência do corpo, ao capturar o interior dos órgãos (Le Breton, 1995; Chazan, 2003). Foucault descreve em *O Nascimento da Clínica* (2003) a educação do olhar para reconhecer os sinais, processo que ocorre nos exames atuais. A educação do olhar e o aprendizado das técnicas corporais eram a tarefa dos estagiários. Em sessão de ultra-sonografia, uma estagiária disse que a examinada não tinha ovários, e esta protestou. A médica que supervisionava assumiu o exame e os localizou. A estagiária disse ter encontrado um mioma, e a médica sugeriu o exame de toque. Com a insistência, a médica fez o toque e disse que era o útero. Outra estagiária contou do curso de ultrasonografia ginecológica, em que havia um molde de pelve para treinar o exame antes de "ir para as pacientes".

Ao priorizar o tratamento do corpo biológico, instauram-se relações médico-paciente em que se manipula o corpo desta, mas se ignora sua presença como sujeito. Martin (1992a) assinala as queixas das pacientes de sentirem-se como objetos durante o trabalho de parto (em particular nas cesarianas), pois os médicos falavam sobre elas, mas não com elas. Usuárias de serviços públicos de reprodução assistida criticavam sua exposição a equipes de médicos e estagiários, às vezes com seis pessoas as cercando nas sessões de ultra-sonografia transvaginal. Uma informante ficou irritada no atendimento por uma equipe dispersa. O grupo conversava sobre assuntos extramédicos (confraternização no bar), enquanto a usuária não pôde tirar suas dúvidas sobre o desenvolvimento dos folículos e o estagiário tinha dificuldade em encontrar seus ovários. Os profissionais da área médica podem reconhecer a objetificação do paciente: "Não tenta olhar para dentro da paciente como ser humano. Olha mais como útero, ovário, a trompa" (Médica). Nos diagnósticos de infertilidade, a expressão médica indicadora do problema o despersonaliza, como se percebe na designação "fatores" (masculino, tubo-peritonial, hormonal), que não remete ao ser humano que está sofrendo a referida alteração física. O "fator masculino" englobava qualquer afecção que acometesse os homens, ao passo que fragmentava-se a mulher em diversos fatores.

Retratando a fragmentação do corpo, com isolamento de órgãos, funções, células e moléculas (Le Breton, 1995), o discurso da reprodução assistida tem protagonistas claros, não mais útero e ovário como no surgimento da ginecologia (Rohden, 2001), nem mesmo o processo da ovulação, a despeito de sua relevância, por causa da produção de óvulos. O discurso médico da reprodução assistida centra-se na interação óvulo e espermatozóides, ou sêmen, e na produção de embriões. Ao descrever suas atividades, médicos e embriologistas pouco citaram útero, ovário, mas não houve quem omitisse espermatozóides, sêmen, óvulos e embriões. Esses materiais reprodutivos surgiam com freqüência superior à menção dos órgãos. Como na análise do "romance" entre óvulo e espermatozóide (Martin, 1991), o discurso biomédico se concentra em um tipo de intervenção que desce a níveis microscópicos (Luna, 2002a). Os folículos representam os ovários metonimicamente, e aparecem muito no discurso de médicos e embriologistas e nos relatos das usuárias: "A chance de você recuperar os óvulos era melhor por via transvaginal, porque você via o ovário como um todo. Na laparoscopia, é mais os folículos. (...) Hoje, tem quem fale em ultra-som tridimensional para você visualizar melhor o ovário, para tentar ver melhor esse folículo" (Médica).

O comentário sobre a evolução das técnicas de visualização dos ovários e de captação dos óvulos exemplifica tanto a necessidade de transparência para se

conhecer e reconhecer o corpo, como o foco em segmentos cada vez menores – no caso, os folículos ovarianos. A necessidade de reconhecer o corpo da paciente exigiu a rotina do teste de cateter em um dos serviços: “A gente simula uma transferência sem o embrião para avaliar a dificuldade da passagem desse cateter para, no dia da transferência, a gente ter noção da posição do útero, se foi difícil, para tentar direcionar que tipo de cateter vai usar” (Médica).

Conhecer o corpo por dentro é elemento essencial na prática médica, que assume um caráter particular na reprodução assistida, especialmente na FIV: “Porque o problema da fertilização *in vitro* era assim: a mãe da Louise Brown (...) tinha obstrução tubária. Então o problema era ‘colocar o embrião lá de volta’” (Médica). O fato de fazer o embrião fora do corpo materno é ponto essencial na FIV e congêneres. Isso traz implicações éticas, além de questões de ordem simbólica, para as mulheres que recorrem à técnica: “Quando você fala que é tudo para ‘fora’ e depois você coloca o embrião para ‘dentro’, realmente não entra na cabeça delas” (Médica). Há um jogo de interno e externo que se relaciona à noção do corpo feminino voltado para dentro e o masculino para fora, noção clássica na simbólica de gênero. Na representação do corpo feminino, o útero é uma estrutura oca para abrigar bebês que ocupa o interior do corpo (Víctora, 1995; Motta-Maués, 1994). Daí o escândalo quando se compreende a FIV como se o bebê se desenvolvesse dentro de um vidro, uma representação de gestação externa que contraria a percepção do corpo feminino.[6] A representação dos órgãos reprodutivos femininos internos e dos masculinos externos implica a falta de ‘transparência’ dos primeiros na explicação da infertilidade. Um graduando do Instituto de Ginecologia atribuiu à anatomia o fato de a mulher procurar a investigação da infertilidade: “No homem os órgãos são externos, aí ele vê que produz esperma e pensa que é fértil”.

Repete-se a superposição de fertilidade e virilidade: uma usuária de um serviço público era considerada problemática e desequilibrada pelos funcionários administrativos e de saúde. A paciente, após tentativas de ICSI sem conseguir engravidar, queixava-se de precisar de outro homem, pois seu marido era “varicocento” [*sic*, tinha varicocele] e tinha o pênis “desse tamaninho”. Uma médica relatou a especulação de pacientes com cirurgia para extração de um ovário: elas perguntavam se, restando o ovário direito, seus filhos nasceriam apenas meninos e, esquerdo, apenas meninas. A extração dos órgãos reprodutores femininos é sugestão corrente na conversa de mulheres que já tiveram filhos, ou que sofrem de problemas ginecológicos severos, como endometriose com muita dor.

A simbólica de gênero é um sistema explicativo e de classificação da realidade social em termos de masculino e feminino que incide sobre as repre-

sentações da disposição dos órgãos corporais.[7] Há casos que fogem aos esquemas classificatórios: “A paciente não tem útero, não tem ovário, uma síndrome dessas” (Médica). A ausência dos órgãos reprodutivos, ou sua existência rudimentar, indicaria a impossibilidade de tratamento para infertilidade. Uma médica aconselhou uma paciente nessa condição a adotar uma criança. Esse corpo desafia o modelo de dimorfismo sexual nítido estabelecido na cultura ocidental moderna a partir do século XVIII, em que há dois sexos biologicamente dados, masculino e feminino, e os gêneros correspondentes (Laqueur, 1992; Schiebinger, 1987). Laqueur recorda que antes havia o modelo de um sexo só: o masculino, do qual o feminino seria uma versão imperfeita, com variações de grau, e não de qualidade, entre macho e fêmea.

Uma usuária do Instituto de Ginecologia contrariava o modelo de dois sexos incomensuráveis: ela fora criada e registrada como mulher, tinha aparência feminina e mamas desenvolvidas sem aplicação de hormônios; no entanto sempre fora “tapada” (*sic*), isto é, sem vagina. Anos antes, ela passara por cirurgia de correção genital que mantivera o orifício da uretra em posição superior ao clitóris, disposição corporal característica do corpo masculino. Quando ela procurou o Ambulatório de Reprodução Humana, houve agitação dos internos e residentes, pois todos queriam ver o caso, e o diretor do ambulatório desceu para examinar a paciente e explicar ao grupo como se fazia uma cirurgia de construção de vagina (“neovagina”) para aquele caso ou de transexuais. O hospital também oferecia atendimento e cirurgia de mudança de sexo para casos clinicamente diagnosticados de transexualismo, com a exigência de laudo médico e dois anos de psicoterapia.[8]

Há grande diferença entre a descrição do corpo feminino e seus órgãos reprodutivos por parte dos profissionais da biomedicina e pelas mulheres engajadas em tratamento ou investigação de infertilidade. No discurso biomédico, objetifica-se o corpo na figura de um arquipélago de órgãos: um médico em palestra no VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida falou em perda da “reserva ovárica”, como se os ovários fossem um estoque de óvulos, e depois comentou o desafio de conseguir sincronia folicular, comparando os folículos ao mecanismo de um relógio. Na objetificação do corpo, usam-se imagens de recursos criados pelo ser humano para descrever os processos biológicos.

No caso das usuárias de serviços de infertilidade, o conhecimento do corpo e desses processos biológicos conforma-se a partir do viver e experimentar sensações, de um conhecimento prático do corpo e de uma experiência, ou “encorporação”, que se dá em diálogo com o discurso médico, fazendo uma releitura e apropriando-se de seus elementos (Víctora, 1995). Verifica-se

ressemantização no uso das informações do discurso médico pelos membros de grupos populares (Paim, 1998). Os profissionais envolvidos no atendimento, de médicos e embriologistas até auxiliares de enfermagem e funcionários administrativos, encaram negativamente essa reinterpretação: "As pacientes deduzem demais"; elas "fantasiam muito", elas "não entendem nada". Essa postura se acentua nos serviços públicos, nos quais a distância social é bem maior entre profissionais e as usuárias, oriundas das camadas populares (Boltanski, 1979).

A indefinição das categorias biomédicas em diagnósticos contraditórios pode ser ponto de reflexão das usuárias: uma informante do Instituto de Ginecologia da UFRJ, após uma sucessão de histerossalpingografias e histeroscopias feitas em serviços diferentes mostrando alterações no útero que dificultariam a gravidez, trouxe o laudo de três exames com os diagnósticos de: "útero septado", "útero bicorno" e "útero unicorno". Ela perguntava-me, perplexa, o que tinha, pois os médicos não explicavam. Além de querer entender o que se passava, ela buscava atendimento, tendo conseguido em outro serviço uma médica que operasse seu útero. Ela torcia para que a médica fosse "boazinha" e operasse tanto seu útero como as trompas com hidrossalpinge (processo infeccioso em que se acumula líquido nas trompas) e manifestava seus temores: "Não quero perder o útero". O relato das informantes que passaram por gestações tubárias revela como o conhecimento do corpo se dá na experiência e na apropriação dos saberes biomédicos. Nessa condição, o embrião se implanta na trompa, desenvolve-se e acaba provocando a ruptura tubária, o que pode gerar um quadro de hemorragia interna e até morte, caso não haja socorro a tempo:

> *Já estava indo a uma médica e ela não descobriu que eu estava fazendo a gravidez tubária. Ela falava para mim que era normal. Eu ia para casa, gritava de dor, não tinha posição para ficar. (...) Eu fui fazer uma ultra-sonografia e ela falou que eu estava fazendo a tubária. (...) Aí eu já fui internada para operar. E a segunda foi a mesma coisa, mas na segunda, quando eu comecei a sentir a dor, eu já sabia que era uma tubária, nem precisou. Eu já procurei o médico direto e falei: 'Olha, tem alguma coisa de errado'.* (Usuária de serviço privado, 35 anos)

Essa entrevistada relata o atendimento inadequado por uma médica de plano de saúde que não identificou a prenhez tubária, e sua procura por outro profissional que a diagnosticou. Nos primeiros sintomas da segunda prenhez tubária, ela procurou um médico e recebeu atendimento antes que o quadro se agravasse. Todas as informantes que passaram por duas gestações tubárias identificaram logo a segunda, com base na experiência passada. Víctora (1995) atribui o destaque dado às trompas nas imagens do corpo desenhadas por mulheres de camadas populares à difusão da laqueadura tubária como método

contraceptivo. Entre pacientes de infertilidade, as trompas eram tema de conversa mais presente do que outros órgãos. Uma usuária de serviço público de reprodução assistida, de 36 anos, que perdera as trompas em gestações tubárias, comentava com as "colegas":

> *Deus fez a mulher muito complicada. Para que trompas? Os ovários podiam ficar colados ao útero e espermatozóides chegavam lá e escolhiam um óvulo. Deus pensou muito para fazer a mulher, enquanto o homem é tão simples! Só duas coisas e com os tubinhos! (...) Se não fosse pelas trompas, nós todas não estaríamos aqui fazendo tratamento!*

Ela se referia à situação de todas que, por causa de remoção cirúrgica, laqueadura ou obstrução nas trompas, só poderiam engravidar mediante FIV. Como na fábula do 'reformador do mundo', ela se queixava da criação divina do corpo da mulher demasiado complicado, além de personificar o espermatozóide como aquele que poderia escolher o óvulo no ovário. Uma informante do Instituto de Ginecologia da UFRJ passou por uma laparoscopia em que "olharam, mexeram, limparam", retirando as aderências do útero e desobstruindo sua trompa. Ela estava animada com a possibilidade de ir para São Paulo fazer a "inseminação artificial", porque lhe informaram sobre uma "trompa artificial". Na mesma instituição, uma usuária que fizera laqueadura pleiteava a oportunidade de fazer um exame para saber se haviam extraído ou "amarrado" as suas trompas, caso em que haveria possibilidade de recanalização. O médico, que a operou em época de campanha eleitoral, havia mostrado as trompas extraídas à paciente anterior, cuja cirurgia durara 40 minutos, ao passo que a dela levara dez.

Outra entrevistada do Instituto de Ginecologia tivera ambas as trompas com hidrossalpinge extraídas em outro hospital por causa de um quadro de peritonite. Como ela se tratava em um terceiro serviço, o médico enviou pelo marido o pedaço da trompa em um frasco com formol, para exame histopatológico. O serviço estava em greve, e o marido temeu guardar o pedaço de trompa, jogou-o fora e ateou-lhe fogo para que o cachorro não o comesse. A entrevistada, internada na época, ria ao contar a atitude do marido. O médico comentou que suas trompas estavam enormes, e ela se perguntava "Como pode, se dizem que trompa é pequenininha?", na tentativa de comparar elementos aprendidos do discurso médico com a experiência passada. Outra usuária do Instituto de Ginecologia, que tivera dois filhos e perdera uma trompa em gestação tubária, comenta sobre a dificuldade de engravidar: "Acho que aquela trompa produzia muito, essa não produz mais", atribuindo a fertilidade às trompas. Uma entrevistada de serviço público de reprodução assistida esperava ter filho por cesariana, pois achava que laqueada não poderia ter parto normal.

Essa seqüência de relatos centrados na trompa demonstra a importância que esse canal adquiriu na vivência de mulheres com problemas de fertilidade, tanto em função de práticas médicas (laqueadura e remoção cirúrgica de trompas) como devido à posição-chave dessa estrutura na função de mediadora. Dependendo da existência de trompas saudáveis, o encaminhamento será para tratamentos de baixa complexidade (coito programado e inseminação), ou de alta complexidade (FIV e ICSI). As trompas medeiam a capacidade reprodutiva da mulher, por isso uma informante protestou contra sua existência e outra acreditou na possibilidade técnica de uma trompa artificial, enquanto a terceira, metonimicamente, atribui a fertilidade à trompa em si. Visto que a laqueadura impede a atividade mediadora da trompa, obstruindo passagem, relacionou-se a laqueadura ao recurso à cesariana, como se a passagem do útero para o exterior dependesse das tubas. Por fim, em dois relatos, a trompa é um significante que se extrai para ser mostrado a título de prova da laqueadura, ou, contrariando a destinação de material de exame histopatológico, é um significante que o fogo destruirá, a fim de evitar a prática antropofágica do cachorro.

As mulheres citadas elaboram os relatos com base em categorias oriundas de sua vivência mais imediata e de elementos adquiridos do discurso biomédico. Em alguns casos, reproduz-se o discurso biomédico de modo fragmentado, como a usuária de serviço público de reprodução assistida, que disse ter "problema para engravidar no muco", querendo indicar problema de hostilidade do muco cervical. Outras vezes, os profissionais utilizam metáforas para explicar sua intervenção. Uma usuária do Instituto de Ginecologia, após laparoscopia cirúrgica para retirar aderências do útero, ouviu da médica que "a casinha do neném está pronta". Na expressão, o útero é residência para o feto se desenvolver. As usuárias de um serviço público de reprodução assistida reproduziram a explicação dos médicos sobre a indução: o ovário não deveria ficar como "cacho de uvas", com muitos folículos pequenos estimulados, quadro passível de síndrome de hiperestímulo se continuar a aplicação de hormônios. Todavia, o grau de assimilação e adesão ao discurso biomédico varia: categorias como 'trompas' e 'embrião' não fazem parte do vocabulário de todas as usuárias.[9] Permanecem categorias de um discurso tradicional das camadas populares sobre as funções reprodutivas, como os vários relatos de informantes que atribuem a um susto o aborto espontâneo, ou o sangramento após a transferência embrionária.

A dificuldade de um diagnóstico médico associado a determinados sinais corporais coloca a usuária em posições ambíguas. Uma usuária do Instituto de Ginecologia parou de menstruar e fez um exame beta-hCG com resultado positivo. Visto que o colo do útero tinha um estreitamento acentuado, os médicos tiveram de fazer um corte no abdômen para curetar o útero. Na curetagem,

constatou-se que “não havia nada no útero” (feto), apenas menstruação retida. A imprecisão no diagnóstico médico acentuou a posição ambígua da informante, cujo ventre estava inchado por causa da retenção de menstruação. Devido à barriga crescida, índice corporal de gravidez, muitos perguntavam se estava grávida. Certa de não estar, a despeito de desejar a gestação, ela sofreu ainda mais com as indagações.

### Transformações Corporais: metáforas de produção

A noção de fabricação corporal (Viveiros de Castro, 1987) inspira a análise das transformações corporais derivadas das intervenções médicas no ciclo de FIV, cujo objetivo é a fabricação de um corpo grávido. Contrastam-se as representações do tratamento no discurso e prática médicos e a vivência das usuárias dos serviços de reprodução assistida. Na monitoração do ciclo de pacientes de infertilidade por meio de ultra-sonografia transvaginal, o foco está em localizar, medir e contar os folículos dos ovários, além de examinar o útero, medindo a espessura do endométrio e verificando se há miomas.

Em um serviço público de reprodução assistida, três médicos monitoravam o ciclo por ultra-sonografia transvaginal. Uma paciente, em sua última tentativa de ICSI, na etapa final da indução, tinha apenas três folículos de tamanho adequado. Em seguida, entrou uma paciente programada para inseminação. Em contraste com a anterior, a usuária tinha muitos folículos estimulados na primeira monitoração. Um médico comentou ironicamente: “Uns com tanto e outros com tão pouco”, e comunicou à paciente: “Seus folículos cresceram demais. Você está hiperestimulada, porque não teve bloqueio, e pode ficar internada de barriga inchada. Ou você vai para bebê de proveta ou a gente cancela essa inseminação e ela não conta”. Sem compreender, a usuária perguntou “Por quê?”, e o médico respondeu: “Você deve estar com dez folículos em cada ovário. Você pode ter sete nenês. Aí morre você e os nenês”. Ela calou-se e ele ditou para o prontuário: “Paciente optou por cessar o ciclo para evitar hiperestímulo ovariano”. O médico prescreveu um medicamento e a advertiu que poderia ter cólicas. Alertou-a para não ter relações com o marido ou usar preservativo, pois poderia engravidar de vários bebês e correr risco de vida, concluindo: “Não vale a pena correr risco de vida por causa de nenê”.[10] A paciente seguinte, em sua segunda tentativa de FIV, também estava hiperestimulada: “O ovário é só folículo e trabécula”. O médico disse que ela tinha muitos folículos e poderia cessar o ciclo ou arriscar, porque deveria ter muitos embriões até para congelar e transferir depois. Ele advertiu que, no dia da aspiração, talvez ela ficasse internada tomando albumina. A usuária respondeu:

*– Eu corro o risco.*

*– Sim, você corre o risco – retrucou o médico.*

*– Eu quero correr o risco – esclareceu a usuária.*

Ele recomendou à médica encarregada da aspiração que furasse todos os folículos e aspirasse todo o líquido. Nos dois casos, as mulheres chegaram ao limiar da síndrome de hiperestímulo ovariano. As orientações divergentes pelo médico dizem respeito ao procedimento previsto: no caso da inseminação, o hiperestímulo é indesejável; já para FIV ou ICSI, o hiperestímulo controlado é necessário ao seu sucesso. A paciente que resolveu arriscar, além de tudo, estava em sua última tentativa de FIV. Internou-se uma paciente que chegou à fase aguda do hiperestímulo, após a transferência dos embriões: seu ventre parecia o de uma gestante no sétimo mês. Outra contou que teve hiperestímulo, com trinta folículos em seu único ovário. Os médicos temiam tocá-la, embora ela estivesse tranqüila.

Discutiu-se o estímulo ovariano no VI Congresso de Reprodução Assistida quanto à necessidade de bloqueio: "A gente faz bloqueio para deixar o ovário dessa paciente em repouso antes de começar o estímulo", diz uma médica entrevistada. O controle do estímulo com o cálculo da dose adequada de medicação e a espera do desenvolvimento dos folículos é outro ponto de debate. Outra médica defendia um protocolo de indução suave e mais longo, com menor dosagem de medicamento: "O ovário tem uma hora que ele dá um clique". Compara-se o ovário a um mecanismo cujo funcionamento se desencadeia. As gonadotrofinas exógenas (medicamentos hormonais) são os agentes que induzem a resposta do ovário. Acompanha-se a resposta por ultra-sonografia e dosagens hormonais:

> *Às vezes tem paciente quase sem folículo, quando você dá as gonadotrofinas, explode um monte de folículos. Então é difícil avaliar. Ultra-sonograficamente, você pode avaliar que tipo de droga e qual a dosagem que você vai dar. Mas não como é que ela vai responder. Então, se tem dosagens hormonais normais, a chance de responder é muito boa. E a idade também influencia.* (Médica)

Percebe-se uma expectativa de resposta, e não de passividade dos ovários (Franklin, 1997), resposta dependente dos níveis hormonais e da idade da paciente. De que modo as usuárias experimentam essa intervenção e transformação em seus corpos? Esta informante de serviço privado de reprodução assistida relata os sintomas típicos da estimulação ovariana: "Eu inchei. A minha barriga ficou enorme. Já parecia que eu estava grávida. A minha barriga

enorme, e fiquei muito inchada. Incomodada, enjoada. E a maioria das meninas sentia até dor de cabeça. Eu não sentia dor de cabeça com o medicamento".

Os sintomas resultam da aplicação contínua de medicamentos hormonais para induzir a ovulação, com injeções diárias.[11] Em serviço público de reprodução assistida, uma usuária comentou, rindo, sobre as intervenções: "A gente vira peneira de tanto ser furada por injeção, e farmácia de tanto levar medicamento". Veja a seguinte experiência de estímulo:

> *[O médico] falou: 'Você vai começar a tomar (...) Lupron, uma injeção na barriga. Vai tomar Gonal. Vai fazer os ultra-sons para ver quanto está os folículos'. Aí eles não se desenvolviam. Só ficava nove, sete, dez. O máximo era 11. Então eu fui fazendo todos os dias direitinho. Acho que a 'vontade' era tanta, aquela 'fé' (...). Então um dia deu 14. Fiquei mais animada. Outro dia deu 16. Teve um dia que (...) a doutora X achou um folículo com 22.* (Usuária, 40 anos, serviço público de reprodução assistida)

A informante conta sua disciplina em aplicar a medicação e seu engajamento com "vontade" e "fé" em resultado positivo. Memorizar o tamanho dos folículos indica seu interesse no tratamento. Em pesquisa na Inglaterra, Franklin (1997) descreve reação semelhante. Número e tamanho dos folículos era tema de muitos comentários no corredor de espera, mas pouco se falava dos ovários. As equipes de reprodução assistida têm a expectativa de uma boa produção de óvulos: "Eu tive 22 óvulos. Óvulo para caramba. (...) Aí, eles faziam: 'Nossa! Hoje é dia de festa, porque tem muito óvulo!'". O depoimento dessa usuária de serviço privado de reprodução assistida mostra que a equipe se alegra com a captação de muitos óvulos, mas que a paciente se orgulha de sua produção. Elas comparam a produção. Essa entrevistada pergunta ao médico sobre o resultado médio:

> *Quanto normalmente as pessoas ovulam, quando você faz essa estimulação? Ah, geralmente é de quatro a oito óvulos a cada estimulação dessa. Então eu falei: 'Está bom, quatro a oito óvulos'. Ele começou a contar o meu: Um, dois, três, quatro, cinco, seis, sete... dezoito. Vinte. Eu tinha uns vinte. 'Você é uma coelha!' Foi uma superprodução.* (Usuária, serviço privado de reprodução assistida, 34 anos).

O médico associa o número de folículos estimulados à fertilidade animal. Aspiraram vinte folículos, mas apenas 18 "eram dos bons", acrescentou a entrevistada. Dos 18 óvulos fertilizados, 11 resultaram em embriões, houve a transferência de quatro, e sete ficaram congelados. Não basta o número: a produção tem de se aliar à qualidade. Contrariando as estatísticas, a entrevistada mais velha no ciclo, aos 39 anos, em serviço público de reprodução assistida,

produziu o maior número de folículos e embriões: 23 folículos aspirados que resultaram em 15 embriões "de boa qualidade e de bom tamanho", com transferência de três e congelamento de 12. Uma entrevistada de 34 anos, de serviço particular de reprodução assistida, nega desconforto durante a indução de ovulação. Ela ri e mostra prazer e orgulho quanto à sua produção: "Não tive a mínima dor. (...) Eu sentia os ovários inchando. Eu me sentia a vaca reprodutora (...), porque vivia com os ovários inchados". Outra metáfora do mundo animal qualifica a fertilidade da mulher.

Konrad (1998), pesquisando um programa de doação de óvulos na Inglaterra, fala que a produção dessa substância reprodutiva depende de transformações corporais. A superovulação representaria um tipo de "superfeminilidade", tanto pela absorção de substâncias "de mulher" (gonadotrofinas), como também, no caso das entrevistadas aqui, pela produção excessiva de óvulos, motivo de orgulho. As usuárias atribuíam "à natureza da pessoa" a resposta distinta aos medicamentos. Segundo a entrevistada que se sentia "uma vaca reprodutora", seu médico estranhava ela não sentir dor. Outra usuária de serviço privado de reprodução assistida (42 anos) destaca a sensação desagradável na aspiração dos folículos: "Eu fiquei pronta para aspirar os óvulos. Dói para caramba. Você toma anestesia. Tem local e você toma um relaxante, mas mesmo assim você sente. É uma agonia no teu ovário, puxando, extraindo os folículos, e dentro dos folículos estão os óvulos. E isso dói". Para a maioria, o momento da aspiração, por causa da sedação, foi pouco marcante.

A reação de dor durante o hiperestímulo e a aspiração também se relaciona à resposta à medicação: as pacientes cuja resposta física é menor relatam menos desconforto. Do grupo classificado como "más respondedoras", as queixas de dor ou hipersensibilidade foram mínimas, em particular no caso da aspiração, pois havia pouco para extrair dos ovários. O oposto da paciente com hiperestímulo, da "coelha" ou "vaca reprodutora", era a paciente com resposta ovariana fraca ao protocolo de indução. Por isso o serviço propunha um protocolo diferenciado. Em um serviço público de reprodução assistida, uma "má respondedora" recebia a aplicação diária de cinco ampolas do medicamento, ao passo que suas colegas recebiam apenas três. As colegas estranharam ela estar sem barriga, e ela justificou: produziu só dois "ovinhos" (folículos estimulados). Essa informante iniciou tratamento de fertilidade com médicos de plano de saúde, que induziram sua ovulação com citrato de clomifeno por meses, sem solicitar a histerossalpingografia, que teria identificado a obstrução tubária. Sua barriga tinha tantos "ovinhos" que, inchada, a obrigava a se encurvar, e hoje a quantidade de folículos que produz é insuficiente para FIV. Um embriologista descreve o estado do ovário após um ciclo de estímulo, no momento da aspiração:

*Então tem o ovário aqui. Aqui tem vários folículos. Os que trazem os melhores oócitos na verdade eles estão acima de 17 mm em geral, isso por literatura. (...) Dentro de cada folículo, você pode ter ou não um óvulo, porque ele pode ser um folículo cístico ou não. Se for um cisto, ele não vem com nenhum oócito (...). Com uma agulha e pressão (...) você retira o líquido de cada folículo. Você murcha esse folículo.* (Embriologista)

A expectativa dos médicos e embriologistas é a produção de folículos contendo óvulos (oócitos). Ultra-sonograficamente é difícil distinguir um cisto de um folículo que atingiu o tamanho desejado. Apenas pelo resultado da aspiração, quando o embriologista examina o líquido folicular com uma lupa e encontra o óvulo, é possível distinguir o folículo de uma formação cística. Os médicos falam em "aspiração branca" quando não se obtêm óvulos, só folículos císticos. Os óvulos aspirados podem estar imaturos e inadequados para a fertilização. O resultado de aspiração branca é negativo para a equipe e difícil de explicar para a paciente. Uma informante contou que seu folículo não tinha óvulo, "só uma massinha". O resultado é doloroso para as usuárias, pois frustra as expectativas de resposta positiva. Duas usuárias saídas de uma aspiração branca conversavam. A primeira estava inconformada: "Mas eu tinha vários folículos bons!". Na segunda, os folículos aspirados eram endometriose.

A aspiração branca é apenas um exemplo dos resultados virtuais nos ciclos de FIV, quando nada é o que parece: ao seu final, constata-se que o que se pensava serem folículos bons não passavam de cistos. A realidade identificada é fugaz. Veja este relato sobre um momento em que o folículo de tamanho ideal (22 mm) aparece e desaparece nas sessões de ultra-sonografia: "No dia seguinte, o médico não achava o de 22. Que é que teriam feito com esse de 22? Aí, depois, o dr. X achou os folículos de 22" (Usuária, 40 anos, serviço público de reprodução assistida).

Essa incerteza é comum nos relatos dos ciclos FIV. O estatuto ambíguo é mais marcante no período após a transferência embrionária, quando a mulher fica de repouso por 12 a 14 dias, até voltar para fazer o exame beta-hCG, verificando se os embriões se implantaram e a gravidez iniciou, o que se assinala pelo resultado positivo. Um especialista em reprodução assistida considerava esse um momento difícil, porque a mulher que recebeu os embriões se acredita grávida, mas não está. Qual seria a definição de gravidez? Haver embriões no útero não é garantia: nem todo embrião transferido se implanta. Em pesquisa sobre práticas abortivas, Leal e Lewgoy (1995) falam de um período liminar em que se interpreta a alteração corporal de ausência de menstruação, considerando a gravidez como uma das possibilidades. Não bastaria o indicador biológico para o reconhecimento social da gravidez quando o con-

texto é desfavorável para a gestação. Algumas entrevistadas que passaram por gestações ou suspeita de gravidez enfatizaram não terem se sentido grávidas. Esta informante fala de uma inseminação teste, no período fértil, em ciclo espontâneo:

> *Eu fiz a inseminação; aí minha menstruação não veio; aí eu fiz o exame e deu positivo. 'Será que eu estou grávida?' Eu não me sentia grávida. (...) Dois dias depois, eu comecei a menstruar com muito coágulo. Eu fui no médico. Achei que ia fazer uma curetagem, que era aborto. A médica falou: 'Não, você não está grávida'. 'Mas, engraçado, deu positivo'. 'Mas se deu positivo, há alguma coisa errada, porque você não está grávida. Você não precisa curetagem. Você está menstruando normal'. Então, eu não sei.* (Usuária, serviço privado de reprodução assistida, 42 anos)

A informante duvidava da gravidez mesmo dispondo de um exame com o resultado positivo. Nem a palavra da médica, distinguindo menstruação de hemorragia, deu-lhe a certeza de não haver engravidado. O 'sentir-se grávida' é categoria essencial para o reconhecimento. Franklin (1997) usa a imagem da corrida de obstáculos para descrever as etapas do ciclo FIV, argumentando que o fracasso na última fase, após a transferência, seria mais doloroso do que o cancelamento no início, quando as expectativas não se acumularam. As expressões "não deu certo" e "desceu" descreviam o insucesso pós-transferência. Uma informante de clínica particular considerava esse sangramento pós-transferência como a perda de um filho. Algumas destacaram o estresse da dúvida. Outra entrevistada de clínica particular, após um primeiro resultado do exame pouco convincente, teve de repeti-lo:

> *Nós fomos ao consultório para fazer o exame (...) Ele faz com o teste de urina, se tiver positivo, sai o sinalzinho de mais. E o sinalzinho saiu fraquinho. (...) Até o médico ficou na dúvida. (...) Ele falou: 'Volta aqui de novo, daqui a dois dias para fazer o teste'. Esses dois dias, parece que foi uma eternidade: 'Ai meu Deus do Céu, será que eu estou, será que não estou?', aquela dúvida.* (32 anos, serviço privado de reprodução assistida)

No segundo exame houve a confirmação do positivo, que saiu "bem forte", e o casal pôde comemorar e divulgar o resultado. Uma entrevistada do serviço público teve a experiência inversa: um primeiro resultado positivo após a transferência, seguido do sangramento que demonstrava a ausência de gravidez. Os médicos alertam que a medicação aplicada inclui hCG, o que pode gerar exame falso positivo, uma falsa gestação bioquímica. Nesse período liminar, o estatuto do corpo é ambíguo na incerteza e expectativa de confirma-

ção da gravidez. Práticas mágicas servem de meio para intervir e controlar a realidade (Malinowski, 1955). Circulava no corredor de espera de um serviço público de infertilidade uma dica para segurar a gravidez: após a transferência dos embriões, a paciente deveria colocar Salonpas (um emplastro medicinal adesivo aplicado em contusões) no alto dos quadris e mantê-lo até o terceiro mês, colocando novo adesivo toda vez que descolasse. O adesivo serviria para segurar o útero e ajudar a fixar os embriões.

A recomendação médica é de repouso absoluto no dia da transferência; a partir daí o grau de inatividade aconselhada varia muito. Um especialista recomendou repouso nos dois primeiros dias, dizendo que depois a mulher poderia "até pular", pois o "embrião não tinha peso". Uma informante de clínica privada recebeu a recomendação de permanecer na cama nos três primeiros dias, levantando-se somente para ir ao banheiro. Ela decidiu intensificar a orientação médica, pediu uma comadre emprestada e passou os dois primeiros dias sem sair do leito nem sequer para tomar banho. Ela repetiu o ritual que sua amiga fizera: passar as duas semanas após a transferência sem sair de casa.

> *As 48 horas, ele até falou que para o banheiro até podia, mas 'eu não quis'. (...) Ele falou: 'Se você acha melhor, a gente te empresta uma comadre e você leva para casa. (...)'. 'Eu acho melhor. Prefiro.' (...) É tanta vontade o que [me] levou a ficar quieta. Vou ficar parada mesmo. Quarenta e oito horas sem tomar banho. Tomei banho antes de ir, de manhã, e ele falou para eu só tomar banho dois dias depois. Assumido. (...) Minha amiga também falou a mesma coisa: 'Olha, eu assumo. Eu não tomei nem banho'. É uma coisa de vontade mesmo... Eu fiquei 15 dias em casa, direto sem sair. (*Usuária, 34 anos, serviço privado de reprodução assistida)

Esse ritual adotado por decisão da informante revela o desejo de engajar-se no tratamento, tomando uma série de precauções dotadas de uma eficácia simbólica (Lévi-Strauss, 1985; Malinowski, 1955). Suas ações de recolhimento assemelham-se ao complexo de reclusão da sociedade xinguana para fabricação de novos corpos e papéis sociais (Viveiros de Castro, 1987). De forma similar àquele complexo, a mulher atravessa uma fase de liminaridade em que seu estatuto é ambíguo, com o objetivo de fabricar um corpo grávido. No complexo xinguano, a adesão às regras da reclusão é necessária, caso contrário a fabricação resulta em pessoas com defeitos físicos e morais. Na fase liminar, sem a confirmação da gravidez, requer-se adesão às regras de repouso. Quando vem o sangramento, as usuárias se defendem; elas seguiram todas as prescrições: não varrer casa, lavar roupa ou subir escadas. Após um resultado positivo no exame, uma entrevistada do serviço público de reprodução assistida diz que o sangramento "desceu" por causa do deslocamento até o hospital para

receber a injeção de progesterona que serve para “segurar a gravidez”. Ela ficou exposta a sustos, como a freada brusca do ônibus em que vinha:

> *Eu tinha certeza que ia ficar grávida. (...) Como eu fiquei grávida. Eu já me via grávida, porque eu já tinha aquilo dentro de mim. (...) Eu sinto que vai acontecer. Eu estava dentro do ônibus quando aconteceu aquilo ali, daqui a pouco me deu aquele aperto no coração. Eu falei: ‘Meu Deus, o que está acontecendo, o que vai acontecer?’. Aí foi a perda do meu neném.* (Usuária, 36 anos, serviço público de reprodução assistida)

A esfera do ‘sentir’ se dá tanto no reconhecimento da gravidez como na percepção de conseqüências negativas futuras. O serviço médico tem diferentes modos de reconhecer e definir a gravidez. As unidades de reprodução humana se comprometem a confirmar a gestação e depois enviam a gestante para acompanhamento obstétrico por outra equipe: “Até o momento em que ela tem diagnóstico de gravidez positiva, com beta-hCG positivo, ultra-som de embriãozinho com batimento, viabilidade. Dá oito semanas, dois a três meses mais ou menos, ela está retornando ao obstetra dela ou começando um pré-natal com a gente" (Médico).

Esse médico de serviço privado de reprodução assistida cita dois critérios para confirmar a gestação: a definição bioquímica, com o exame beta-hCG positivo e a ultra-sonografia identificando o batimento cardíaco e a viabilidade do embrião. Com a rotina de transferência de vários embriões, somente com base no exame ultra-sonográfico é possível verificar se há gestação múltipla. Uma usuária de serviço público de reprodução assistida de 37 anos confirmou sua gravidez por meio de um exame em que ela urinava em uma “chapinha” e, pela coloração, o médico concluiu serem pelo menos gêmeos. No exame ultra-sonográfico, ele localizou apenas um saco gestacional: “Ele achou estranho ter pegado um só. (...) já mandou eu fazer o exame no dia que quem fizesse ultra-som seria o médico dos gêmeos. Aí o médico dos gêmeos achou o segundo”. Superada a ambigüidade da gravidez, a incerteza se refere ao número de bebês e à dificuldade em identificá-los. Transferidos três embriões, só no nascimento ela se convenceu de que eram gêmeos, e não trigêmeos.

Três sacos gestacionais apareceram na ultra-sonografia de uma usuária de serviço privado de reprodução assistida de 35 anos. Ela comentou o fato com o médico que fizera a fertilização: “Quando eu falei que um estava muito pequenininho e dois estavam com coraçãozinho batendo, estavam normais, ele falou para mim que provavelmente ele sumiria”. O batimento cardíaco é sinal da viabilidade, pois o embrião sem batimento e de tamanho reduzido não se desenvolve. Essa informante recebeu a transferência de quatro embriões, teve três visualizados em ultra-sonografia e engravidou de gêmeos.

A fabricação do corpo grávido requer várias etapas: exames diagnósticos, medicação, ultra-sonografia, aspiração de folículos, fertilização no laboratório, transferência. A "encorporação" das tecnologias de procriação se dá por meio de diversas intervenções, umas visando a alcançar a transparência corporal, outras implicando a introdução e a extrusão de substâncias para fabricar um corpo grávido. Fazem parte desse processo de "encorporação" várias "desencorporações", em que se manipulam gametas e embriões em laboratório, com trânsito entre o interno e o externo. Ressalta-se o caráter de produção nessa dinâmica entre interior e exterior que constitui o corpo, o que saiu do corpo e o que volta para ele. A fabricação do corpo grávido nem sempre é possível. Até o estatuto da gravidez é ambíguo: como identificá-lo, que exames servem de referência? Na realidade fugaz em que as tecnologias de concepção são 'encorporadas', folículos e embriões aparecem e desaparecem nas incertezas que cercam a construção do corpo grávido.

## Teorias da Concepção

As tecnologias de concepção não apenas fabricam corpos grávidos, mas seus resultados vão além da experiência de intervenção corporal. A fabricação de um corpo grávido depende da concepção, obtida por mediação da tecnologia que substitui a relação sexual. Um terço dos médicos entrevistados não via diferença entre o tratamento convencional de fertilidade, em que a fecundação decorre do coito, e a reprodução assistida. Eles percebem continuidade, conforme a seguinte definição de reprodução assistida:

> *Dra. I – É aquela área em que nós procuramos fazer com que as pessoas engravidem através de uma técnica artificial entre aspas, induzir a ovulação artificialmente a ponto de ela ovular, nós pegarmos esse óvulo e tentarmos uma fertilização* in vitro *laboratorial e, após, uma transferência embrionária. Seria uma técnica artificial de todo o ciclo reprodutivo, através de medicações, através de técnicas laboratoriais.*
>
> *Naara – Nessa sua definição, então, não se enquadraria a inseminação artificial como reprodução assistida, por exemplo?*
>
> *Dra. I – Se enquadra, claro! Assim como o coito programado também é uma técnica de reprodução assistida. Apesar que vale mais uma orientação do que uma técnica em si. Mas inclui o coito programado, a inseminação, proveta, ICSI, enfim. (Médica)*

Salienta-se a ênfase no caráter "artificial" do ciclo reprodutivo. Outro médico estabeleceu a distinção com base na prática de controle. Reconhecia que é possível definir a reprodução assistida recorrendo-se ao laboratório, embora não fosse essa a sua posição: "Uns acreditam que reprodução assistida é o momento em que qualquer gameta entra no laboratório, o sêmen, o óvulo, mas não é assim, no meu ponto de vista. Toda vez que você tem de controlar alguma coisa, assistir aquele casal para que ele consiga o objetivo, já é reprodução assistida".

Os médicos que atuavam apenas em tratamento convencional para infertilidade e não se consideravam profissionais da reprodução assistida restringiram sua definição às técnicas em que há manipulação externa de gametas ou em laboratório. O médico que limitava sua prática à inseminação intra-uterina sem doador não a enquadrou como reprodução assistida. Os termos 'artificial' e 'natural' se contrapõem: "Reprodução assistida (...) é o tipo de reprodução que precisa do homem para ajudar. Você não consegue por meios 'naturais'. Você, por alguma técnica, faz com que haja reprodução" (Médica).

Está implícito que o 'natural' significa sem intervenção e sem médicos, referindo-se à relação sexual, conforme a mesma médica explicita: "Natural é você transar e engravidar". Embora nenhum dos profissionais tenha pautado sua definição de reprodução assistida pela ausência do ato sexual, quando alguns incluem o coito programado na reprodução assistida, conclui-se que o intercurso sexual se tornou acessório.

Na análise das tecnologias de procriação, assumi a posição proposta por pesquisadores das ciências sociais ou feministas de definir as tecnologias de concepção ou reprodução assistida como 'substituição' do ato sexual na procriação, o que incluiria até uma inseminação artificial caseira, sem recurso a laboratório (Corrêa, 2001). Incluir o coito programado na definição de reprodução assistida oculta um aspecto inquietante das tecnologias de procriação, gerador de polêmica e humor: a procriação sem sexo. Nos depoimentos das usuárias de serviços de reprodução assistida, poucas consideraram relevante o fato de recorrerem a meios em que o sexo está ausente da procriação, talvez porque pragmaticamente esperassem eficiência das técnicas para proporcionar filhos, ou talvez porque soubessem que a vida sexual e o amor do casal não cessariam em função da dispensa da cópula no ato procriativo. Confira a declaração desta usuária de serviço privado de reprodução assistida, de 42 anos: "A minha vida inteira eu achei que gravidez, a gente tem que transar e engravidar e que aquilo é Deus que botou. (...) Eu fiz isso, porque eu quis muito e hoje eu não sou contra o processo que eu fiz".

Poucas usuárias consideraram relevante a diferença entre inseminação intra-uterina e FIV: comentaram sobre a eficácia do método para o problema visado e sobre a diferença de custos. Uma ressaltou o vínculo com o embrião se formando dentro de si:

> *Se eu tivesse que escolher (...) eu iria escolher por dois aspectos a normal, a inseminação artificial, porque vai se formar dentro de mim, que é uma coisa legal, e financeiramente. As duas, você tem chance. Qual você prefere? Além de ser mais barato, ele vai estar dentro de mim se formando. (...) Se é garantido, eu quero aquela. Se a outra garantisse mais, eu preferiria a outra, como é o caso.* (Usuária, serviço privado de reprodução assistida, 42 anos)

A despeito da satisfação com os métodos, algumas usuárias preferem contar para o círculo mais amplo que recorreram a tratamento convencional de fertilidade. Esta é a versão que a usuária de serviço privado de reprodução assistida, com 35 anos, assumiu publicamente: "Falo que eu tomei remédio e calhou de vir mais de um, porque, quando vem mais de um, as pessoas logo perguntam: 'Você fez tratamento?', mas se você fala que fez fertilização, eles acham que você engravidou de outro homem".

Defendo a hipótese de que a ausência do ato sexual para a procriação na reprodução assistida está na origem dessas acusações de adultério e ilegitimidade da prole, visto que essas insinuações não aparecem quanto ao tratamento convencional de fertilidade.[12] Pretendo refletir sobre o papel da relação sexual nas representações de parentesco ocidental, em que se reconhece o coito como o meio para a procriação e também como símbolo do amor do casal (Schneider, 1968). Para isso, traço comparações com teorias da concepção oriundas de material etnográfico de sociedades não ocidentais, com base em um debate clássico na antropologia: a suposta ignorância do papel paterno na procriação.

Na antropologia, é antigo o debate sobre a percepção da relação causal entre coito e procriação. A descrição das crenças sobre a procriação dos trobriandeses por Malinowski (1983) é uma de suas referências, embora, desde o final do século XIX já se abordasse o tema (Franklin, 1997). Segundo Malinowski, os nativos relacionam o sangue menstrual e a formação do feto. As crianças-espírito se encarnam alojando-se no ventre de uma mulher pertencente ao mesmo clã matrilinear. A criança se fixa no útero, o que faz cessar o fluxo menstrual, que serve para construir seu corpo. Malinowski afirma a "ignorância da paternidade fisiológica" pelos nativos. Observa que a noção trobriandesa de procriação é uma base teórica coerente para a matrilinhagem, pois a introdução de um novo ser humano decorre da relação entre o mundo

dos espíritos e o corpo feminino, sem paternidade física. A vagina deve estar aberta para a passagem do espírito. Os nativos não reconhecem o "poder fecundante do sêmen" (Malinowski, 1983: 196). Argumentam que moças solteiras com vida sexual ativa e "inundadas de sêmen" (*sic*) não engravidam. A paternidade é uma relação social que não existe fora do casamento: o marido é o pai de todos os filhos de sua esposa, mesmo os nascidos durante prolongada ausência. O papel sociológico do pai se estabelece sem o reconhecimento de sua função fisiológica. A associação íntima de pai e mãe produz a semelhança entre pai e filho. O pai molda o filho fisicamente no contato com a mãe gestante. Não se reconhece a semelhança física entre uma pessoa e seus parentes consangüíneos da matrilinhagem, o que equivaleria a insinuar a existência de relação sexual entre eles (Malinowski, 1983).

Edmund Leach (1966) retoma o debate na conferência sobre o "nascimento virgem", na qual discute a ignorância da paternidade fisiológica, isto é, do papel masculino na concepção, pelos aborígines australianos, além dos trobriandeses. Esse autor afirma que doutrinas sobre a concepção sem a inseminação pelo macho são compatíveis com argumentos teológicos. As atitudes psicológicas internas dos envolvidos não correspondem ao dogma e ao ritual. Pressupostos da cultura ocidental enviesam a análise desses povos.

Vindo do contexto cristão em que o mito do nascimento virgem é central na religião hegemônica, os antropólogos estariam predispostos a aceitar que outros povos acreditassem em versões desse mito. No caso trobriandês, o filho pertence à linhagem do espírito ancestral matrilinear (*baloma*) que entra no corpo no momento da concepção. O marido da mãe contribui com a substância humana, e dele se deriva a aparência física. O genitor seria o espírito e o marido da mãe seria o pai social. Leach afirma que a "ignorância" seria um dogma teológico de caráter semelhante ao da concepção virginal de Jesus no cristianismo. A verdade do mito é metafísica e não se relaciona ao cotidiano concreto. A concepção virginal cristã e a teoria da concepção trobriandesa seriam variações de um tema estrutural que trata da filiação e descendência e da aliança marital ou sexual entre deuses e humanos.

Comparando as interpretações das teorias da concepção trobriandesas com o contexto das tecnologias de procriação, os casais envolvidos vivem uma situação em que a relação sexual não causa gravidez. Não é o marido que insemina a esposa diretamente, mas um aparato de assistência médica. No caso do recurso ao sêmen de doador, a substância procriativa não vem do companheiro, ou este não existe.

Delaney (1986) retoma a discussão de Leach, questionando os pressupostos ocidentais do debate: a paternidade como processo natural e, portanto,

universal. Procriação é uma construção cultural: maternidade e paternidade são conceitos nesse sistema. Na teoria monogenética da procriação, hegemônica no Ocidente até recentemente, paternidade não é o simétrico da maternidade. Maternidade significa nutrir e acolher, ao passo que paternidade é o poder de gerar. No dogma da concepção virginal, explicita-se uma teoria monogenética da procriação, coerente com o monoteísmo. Monogênese e monoteísmo constituem aspectos do mesmo sistema. A cultura é contexto em que noções de procriação e papéis masculino e feminino adquirem sentido.

Ao pressupor a procriação como fato da natureza, os antropólogos não relativizaram seus próprios conceitos nativos. No contexto da relação sexual, há várias possibilidades de papel masculino na procriação: na abertura de caminho para o feto; com o coito, que faz cessar a menstruação e permite o feto chegar; com o sêmen servindo de alimento do feto; com a ejaculação, que contribui na formação do feto. Para os trobriandeses, o papel masculino é abrir caminho para a criança-espírito, moldá-la e nutri-la no útero através de relações sexuais repetidas. Tal papel difere do conceito ocidental de paternidade, que consiste em gerar a criança. A preocupação com a paternidade na teoria antropológica revela mais a cosmovisão dos antropólogos do que a dos povos estudados. O predomínio da teoria duogenética, em que homem e mulher são co-criadores e contribuem com metade da formação, é recente no Ocidente. Mudanças nas idéias de procriação e biologia afetam noções de gênero na cultura ocidental moderna.

As noções de concepção variaram historicamente no Ocidente desde as sociedades grega e romana identificadas como origem dessa cultura, até as noções atuais. Durante séculos, oscilou-se entre a teoria monogenética hegemônica – uma semente masculina, o sêmen, que molda o sangue menstrual –, vinda de Aristóteles, e a teoria duogenética de Hipócrates e Galeno – a semente masculina e a feminina liberada no orgasmo (Laqueur, 1992). No Renascimento, ainda se interpretava o conhecimento do corpo com base nos modelos da Antiguidade. Criam-se novos modelos de concepção com a revolução científica e a teoria celular, que define as sementes masculina e feminina como gametas – espermatozóide e óvulo (Jacob, 1983). A teoria da concepção como fusão de óvulo e espermatozóide difundiu-se e hoje é a referência predominante não apenas na biomedicina, mas entre o público leigo no Ocidente.

Entre as pacientes de infertilidade, poucas desconheciam os termos 'óvulo' e 'espermatozóide', aquelas com menos instrução formal. Nas descrições, contudo, ficava clara a existência do conceito de uma semente masculina e uma feminina que se juntam: "Não era dela, porque foi o Vítor Fasano que pegou aquele troço junto com o da Cássia Kiss e injetou nela". A informante do Instituto

de Ginecologia, descrevendo a trama da novela *Barriga de Aluguel*, define a mãe do bebê e menciona a participação dos personagens na formação do embrião do casal e a transferência deste para a mãe substituta. A teoria da concepção como fusão de óvulo e espermatozóide é predominante, mas não única, variando conforme o acesso e adesão à informação biomédica e aos meios de comunicação. Encontram-se exemplos de descrições tradicionais monogenéticas entre a população ribeirinha na Amazônia: é necessário que a mulher se "junte" com um homem, que vai depositar nela o seu "micróbi" (*sic*) ou "pingo" (sêmen) para gerar uma criança (Motta-Maués, 1994).[13]

Strathern (1995a) recupera a controvérsia do nascimento virgem no contexto da polêmica das 'mães virgens' surgida na Inglaterra em 1991: mulheres solteiras sem experiência sexual recorriam à reprodução assistida para terem filhos, isto é, "queriam bebês, mas não sexo" (1995a: 303). Na noção de parentesco ocidental, o intercurso sexual e a concepção têm relação direta, porém maternidade e paternidade se estabelecem de formas diferentes: a maternidade ao dar à luz, e a paternidade pela prova das relações sexuais com a mãe. Por meio das tecnologias de procriação, os médicos executam o que o casal realizaria com o ato sexual, conciliando técnica e ordem natural. Essas mulheres, ao buscar a técnica para evitar as relações sexuais, confrontam a ordem natural e desafiam a relação entre ato sexual e concepção, uma relação necessária para criar pais e mães. Nesta simbólica ocidental, a união sexual representa a necessidade de relacionamentos, o que é negado na opção de usar a reprodução assistida para evitar o sexo na procriação. Tal comportamento contraria os papéis de gênero em que as mulheres guardam o ideal de que filhos nascem de relacionamentos.

Na controvérsia do nascimento virgem, as noções trobriandesas rompem as noções ocidentais de continuidade de relações sexuais, gravidez e reprodução humana, pois não há a idéia de "concepção como um ato de fertilização" (Strathern, 1995a: 319). Espíritos matrilineares promovem a implantação do embrião. Em vez de desenvolvimento fetal automático, o pai nutre o feto nas relações sexuais com a mãe. Embora desnecessário para iniciar existência do filho, o ato sexual serve para moldar o filho e fazê-lo crescer. As feições externas do filho derivam do pai, ao passo que a substância interna se origina da mãe e de parentes matrilineares. Retomando a discussão de Delaney (1986) sobre a teoria monogenética, Strathern (1995a) afirma que, na noção ocidental de parentesco, o papel gerador masculino não apenas faz o filho, mas faz a mãe pelo ato sexual. As implicações para as tecnologias de procriação seriam que uma mãe não se faz apenas pela transferência do embrião.

Franklin (1997) recupera o debate travado entre antropólogos sobre a concepção. A autora relata a experiência do antropólogo David Schneider entre os ilhéus de Yap, que negavam a relação entre ato sexual e procriação. À pergunta sobre se o coito não provocaria a gravidez, já que um porco castrado não engravida uma porca, os nativos respondem que "gente não é porco". Schneider (1984) propõe separar os fatos da reprodução biológica como verdade científica e sua operação como formas de conhecimento cultural. O autor considera que o estatuto hegemônico da ciência biológica na antropologia enviesa a pesquisa de parentesco para o pressuposto de que o aparentamento (*relatedness*) genético é logicamente anterior a qualquer outro sistema, por constituir a base material para as estruturas de parentesco. Segundo Franklin (1997), biologia é um sistema cultural que provê as definições ocidentais dominantes de vida e morte, o sentido de gravidez e parto e as relações sociais definidas como parentesco.

Já para os trobriandeses, os papéis parentais não dependem de noções de generatividade. No debate sobre o nascimento virgem, os antropólogos falharam em não questionar o caráter evidente dos 'fatos da vida'. Ciências voltadas para a origem e o desenvolvimento, como o estudo da evolução, a embriologia e a biologia reprodutiva, proporcionam relatos que integram questões cosmológicas e sociais. No caso trobriandês, integram-se a teoria da concepção, a organização social e a ordem cósmica. A reprodução, o valor da vida e as idéias do natural são domínios de importância moral e de valores culturais na sociedade ocidental de hoje. As tecnologias de concepção seriam narrativas de origem, que contam sobre o mundo e a posição das pessoas (Franklin, 1997).

A controvérsia sobre o 'nascimento virgem' revela pressupostos que orientam o debate antropológico, em particular quanto ao 'caráter auto-evidente dos fatos da vida': uma cosmologia em que a Natureza é a base sobre a qual se constrói a realidade social e cultural. Delaney (1986) critica o etnocentrismo de Malinowski e Leach por não distinguirem a noção de paternidade trobriandesa e a monogênese ocidental com o pai gerador. É irônico que, ao observar a discrepância entre teoria nativa e conhecimento científico, ela espere que a descoberta da função dos óvulos na concepção mude a simbólica de parentesco ocidental. Ao contrário da interpretação de Leach, centrada no mito do nascimento virginal, na descrição de Malinowski o ponto original na teoria da concepção trobriandesa não é a ausência do intercurso sexual. Embora o pai participe da formação da criança, o problema central seria a descrença no "poder fecundante do sêmen" (Malinowski, 1983: 196). Entre os trobriandeses, não se compreende a "concepção como um ato de fertilização" (Strathern, 1995a: 319). A crença no "poder fecundante do sêmen" que implica a "concepção como um ato de fertilização" é o cerne da teoria monogenética de parentesco (Delaney, 1986).

Tanto na controvérsia sobre o nascimento virgem como no uso de tecnologias conceptivas, o coito não é causa suficiente para a procriação. A falta de poder fecundante no sêmen e a ausência de fertilização são situações corriqueiras em clínicas de fertilidade. O coito heterossexual pode não ser o meio desejado para a geração de filhos, como no exemplo das “mães virgens” (Strathern, 1995a), de mulheres sem parceiro ou em união homossexual. Nas tecnologias de procriação, não há a coerência nos resultados: a relação sexual não gera filhos, motivo que leva à reprodução assistida; nem mesmo a aplicação das técnicas assegura esse resultado, fato perceptível na alta taxa de insucesso (Franklin, 1997). Mesmo que se coloquem em contato óvulo e sêmen em laboratório, ou quando se injeta um espermatozóide no óvulo, a concepção pode não ocorrer. Ainda que se formem embriões, sua transferência não garante a gravidez.

### A Concepção no Laboratório: do embrião à novela *O Clone*

Com as técnicas de reprodução assistida, manipula-se fora do corpo pelo menos um dos gametas, o masculino, para se obter a concepção.

> *Quando nós recebemos o sêmen, ele tem o plasma seminal. E o plasma seminal ‘naturalmente’, numa relação, (...), ele seria isolado aos poucos a partir do momento em que o espermatozóide migra (...) através da vagina. Ele vai migrar através do muco, alcançar o útero. Ele vai se isolar do plasma. Esse plasma tem algumas substâncias que podem prejudicar a ‘qualidade’ do espermatozóide. Então, o que a gente faz no laboratório é isolar o espermatozóide do plasma para melhorar a qualidade dele.* (Embriologista)

Após esse procedimento laboratorial, designa-se o sêmen como “preparado”, “pós-preparo”, “processado” e “capacitado”. O artifício quer reproduzir o processo de separação dos espermatozóides do plasma seminal, que ocorreria “naturalmente”, melhorando a “qualidade” do sêmen. Separam-se os espermatozóides do plasma por meio de centrifugação e lavagem (Cussins, 1998b) e procede-se à sua contagem. Levando em conta apenas o fator masculino, para se utilizar o sêmen seria necessária uma concentração mínima de espermatozóides por mililitro pós-preparo. Escolhe-se a técnica segundo os parâmetros de um espermograma: inseminação intra-uterina requer concentração mínima de cinco milhões de espermatozóides por mililitro de sêmen ejaculado; a FIV convencional, mínimo de dois milhões; a ICSI, um milhão – ou menos.[14] Na inseminação intra-uterina, a próxima etapa é injetar o sêmen pós-preparo na cavidade uterina. Na FIV, o passo seguinte é a manipulação do gameta feminino obtido do fluido folicular aspirado:

*A gente pega esse fluido e coloca em uma plaquinha de cultura e, através da lupa, do microscópio, a gente verifica se tem óvulo. Se tiver, (...) isola (o óvulo) do fluido folicular e coloca em um meio de cultura que é apropriado. Após todo o procedimento, e ter verificado todos os folículos (...), a gente pega esses óvulos e coloca na incubadora, onde eles vão ficar até fazer o FIV. No caso do FIV, eu só pegaria esse sêmen que foi processado e está beneficiado e o colocaria em contato com o óvulo. (...) Na placa a gente faz umas gotinhas (...), deixa em um pocinho. A gente deixa uma quantidade meio grande, os óvulos e os espermatozóides para fertilizarem 'naturalmente'. No caso do ICSI, a gente tem que limpar esses óvulos para verificar se eles são maduros. Sendo maduros, a gente pega um único espermatozóide e injeta no óvulo.* (Embriologista)

Na FIV, põe-se o sêmen "beneficiado" em contato com o óvulo para a fertilização ocorrer "naturalmente", o que é impossível na ICSI. Há gradações de intervenção e no que é considerado natural ou artificial, conforme a complexidade da técnica. Para a microinjeção, deve-se limpar ou "desnudar" o óvulo, conforme a descrição de um segundo embriologista: "No caso de um ICSI, eu vou retirá-los, desnudá-los e fazer a injeção intracitoplasmática. (...) Desnudar é o seguinte: eu tenho o óvulo aqui, eu tenho a zona pelúcida em volta, e em volta disso eu tenho células da granulosa. No ICSI eu tenho que tirar essas células".

Para ICSI, deve-se escolher um espermatozóide móvel (garantia de que esteja vivo, o morto não tem poder fecundante), com morfologia normal, e imobilizá-lo, partindo seu flagelo. Na ausência de espermatozóides móveis ou com morfologia normal, injetam-se os disponíveis. As técnicas propiciam a escolha de gametas mais adequados e intervenções cada vez mais refinadas à medida que aumenta a complexidade do procedimento.

A concepção obtida por meio das técnicas *in vitro* parece um processo bastante automático e independente da sexualidade do casal. Todavia, durante séculos (Laqueur, 1992), considerou-se o prazer sexual da mulher durante o coito condição para relações fecundas, idéia descartada definitivamente no início do século XX, com a descoberta de que a ovulação da mulher ocorre em ciclo espontâneo. É comum ouvir em centros de tratamento de infertilidade, mesmo no caso da reprodução assistida, a recomendação ao casal para aumentar a freqüência das relações. O dr. Roger Abdelmassih (1999) aconselha prazer e espontaneidade nos jogos do casal para originar a gravidez, pois a emissão de esperma é proporcional à contração muscular no orgasmo. As usuárias de tratamento convencional de infertilidade falam com desagrado da data marcada para ter relações no período fértil: fazer por obrigação e sem

vontade. Mesmo os ginecologistas que sugerem freqüência sexual maior no período fértil admitem o aspecto pouco prazeroso da relação não espontânea.

Se o tratamento convencional de infertilidade por coito programado exige a relação "de hora marcada", na reprodução assistida, a despeito das recomendações médicas para o casal "namorar bastante", a relação sexual é dispensável diante dos procedimentos para obter a concepção. Autores psicanalistas criticam severamente as novas tecnologias reprodutivas por medicalizarem o desejo de filhos. Para Tubert (1996), o nascimento de um filho por esse meio se equipara à fabricação de produtos industriais na ilusão de satisfazer os desejos com a expulsão da sexualidade. Em orientação semelhante, Tort (2001) fala do desejo frio e considera que a oferta das técnicas de reprodução assistida induz a demanda de filhos. O atendimento a essa demanda por intermédio da medicina de reprodução humana desafiaria a organização simbólica da procriação e da sexualidade. As novas tecnologias reprodutivas mobilizam estratégias inconscientes que atacam os vínculos simbólicos (Tort, 2001). A ausência do ato sexual é o ponto implícito na crítica de ambos os autores.

Abordando o caráter artificial da reprodução sem o ato conjugal, documentos da Igreja católica, como a *Instrução sobre o Respeito à Vida Humana Nascente e a Dignidade da Procriação*, condenam as "técnicas biomédicas que consentem intervir (...) nos próprios processos da procriação", por dissociarem o aspecto "unitivo" e o "procriador da reprodução" (Congregação para a Doutrina da Fé, 1994). Tal raciocínio continua a orientação da Igreja contrária à contracepção que separa sexo e reprodução (Luna, 2002c). Em contraste com a Igreja católica, que expõe sua posição em documentos e declarações públicas, é difícil encontrar manifestações de representantes das demais religiões. Certas confissões, que sempre incluíram em sua pastoral a orientação à vida familiar, deixam o assunto de lado. No protestantismo, talvez se pretenda manter a tradição de autonomia do casal na esfera reprodutiva: desde 1931 há uma declaração do Conselho Federal das Igrejas nos Estados Unidos que liberava os casais para recorrer aos métodos contraceptivos que julgassem convenientes (Pierucci, 1978).

No único artigo de autor protestante encontrado sobre o tema, um teólogo batista julga que "a inseminação artificial penetra na intimidade do casal para provocar uma vida que deveria ser somente fruto do amor e da biologia do casal" (Leite Filho, 1991: 56). Apesar de a sexualidade ser "expressão de amor e companheirismo" do casal, julga-se secundário o problema ético dos meios para a procriação e não se censura a "inseminação homóloga", mas condena-se como adultério a presença de terceiros (os doadores). Diante do número de "crianças abandonadas", o texto conclama à reflexão sobre a adoção e questiona

investimentos onerosos para solução da esterilidade. É significativo que segmentos sociais com posições divergentes quanto à moral da família, conjugalidade e sexualidade, como a Igreja católica, as igrejas protestantes e os psicanalistas, tenham posturas alinhadas na crítica às tecnologias conceptivas pela artificialidade (medicalização) e por excluírem a sexualidade na procriação. Isso confirma a eficácia das representações ocidentais de procriação e parentesco como fatos naturais e a centralidade do ato sexual como símbolo do amor conjugal (Schneider, 1968; Strathern 1992a, 1992b, 1995a, 1999a).

A forma de concepção mediada tecnologicamente desperta estranhamento. Durante as entrevistas no Instituto de Ginecologia da UFRJ, tive a oportunidade de expor os principais métodos para usuárias com quadro clínico compatível com o encaminhamento para reprodução assistida. Quase todas tinham ouvido falar das técnicas e as chamavam de "inseminação". Uma minoria sabia a diferença entre inseminação e FIV, que eu explicava desenhando um esquema do aparelho reprodutor feminino. A tentativa era de demonstrar a prática de fertilização fora do corpo na FIV, em contraste com a inseminação. Poucas estranharam as técnicas, ou se disseram contrárias a elas. A maioria se interessava pela eficácia: se a aplicação garantiria a gravidez e se os efeitos seriam permanentes, permitindo outras gestações. A entrevista encerrava com questões sobre a novela *O Clone*.

A clonagem por transferência nuclear propicia novo modo de gerar um embrião: sem espermatozóides e usando óvulos sem o DNA nuclear da fornecedora do gameta feminino, o que implicaria outra teoria da concepção. Em que medida uma teoria da concepção diferente oriunda de inovações tecnológicas pode afetar as noções nativas de parentesco? A exibição da novela *O Clone* proporcionou a oportunidade de analisar a percepção do processo de clonagem com base nos depoimentos de mulheres envolvidas em tratamento de infertilidade. Estiveram sob exame dados do enredo da novela e as categorias nativas das informantes. Fez-se o registro manuscrito dos comentários de 47 pacientes sobre a novela. Perguntou-se como fizeram Leo, quem era o pai dele e a mãe dele.[15] A análise se restringe à descrição da formação do clone pelas usuárias.

Das 47 entrevistadas, oito não explicaram como se fez o clone Leo: "Ele injetou o clone na Deusa". Cinco entrevistadas descreveram a clonagem nos moldes da FIV, com junção de óvulo e espermatozóide, duas das quais disseram que o espermatozóide veio do pai do Leo, ao passo que uma achou que vinha de Lucas. Houve 14 entrevistadas que falaram apenas do material retirado de Lucas, sem mencionar óvulos: "Foi desenvolvido no laboratório através do DNA de outra pessoa. Tiraram o pedacinho de uma mancha e cultivaram em laboratório. Mas aí, como formou o espermatozóide? Aí congelaram, colocaram nela e

inseminaram”. Essa descrição é rica de significantes associados às tecnologias de procriação: laboratório, DNA, congelamento e inseminação.

Certas expressões revelam compreensão peculiar do processo: “O cientista Albieri pegou a pintinha do Lucas e fez a mágica dele”. É significativa a relação de procedimentos científicos desconhecidos com magia. Designou-se o material proveniente de Lucas de: célula inseminada no útero; pedaço de verruga; pintinha; pedaço de tecido congelado injetado; feito no laboratório de uma verruga; célula da pinta que vira embrião; líquido da pinta; célula retirada de um sinal; célula da verruguinha. Embora a maioria recordasse a origem do material de biopsia, apenas uma minoria explicitou a necessidade de uma célula para clonagem. O desenvolvimento no útero parece automático: a “célula que vira embrião” sem a semente feminina, tipificando uma teoria monogenética de concepção.

Um grupo maior (18 entrevistadas) incluiu o óvulo e o material de Lucas como elementos no processo: “Juntou um pedaço dessa mancha com o óvulo. Não sei como virou espermatozóide”. Outra destaca a manipulação: “Tiraram um sinal do Lucas, na genética montaram com o óvulo da Deusa”. As designações para o material vindo de Lucas se assemelham às enunciadas acima, com mais referências à célula. Sempre se designa o material de Deusa de óvulo. Algumas ressalvam que o material de Lucas funcionou como espermatozóide injetado no óvulo. Apenas uma entrevistada ficou em dúvida se houve uso de óvulos e perguntou por eles. Outra mencionou apenas o material de Lucas, mas, indagada se entrara algo da Deusa, respondeu “os embriões dela”. Um grupo maior afirmou uma teoria duogenética de concepção na clonagem, com a participação do gameta feminino.

Em ambas as posições mais freqüentes, houve quem manifestasse estranheza quanto à ausência do espermatozóide, e um número menor de entrevistadas perguntou pelos óvulos. Parecem tentar adequar seus conceitos de teoria da concepção duogenética, envolvendo dois gametas, com as inovações da clonagem, em que, a rigor, não existe a fertilização, um dado essencial na teoria ocidental de concepção. Esse é o raciocínio das que frisaram que a célula ou material de Lucas funcionava como espermatozóide. Uma entrevistada de outro centro formulou um raciocínio semelhante sobre a clonagem: “Seria que nem uma reprodução, só que em vez de espermatozóide pega uma célula (...) só que seria mais ruim, porque é uma célula mais velha. O espermatozóide é uma célula mais nova” (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 37 anos). A entrevistada considera que há diferença entre o espermatozóide e a célula somática usada na transferência nuclear apenas no tocante à idade da célula, preocupação bastante divulgada na imprensa por

causa do alegado envelhecimento precoce da ovelha Dolly (Good bye Dolly, 2003). Ela desconsidera a diferença essencial entre o gameta (célula que participa da fertilização) e as células somáticas, adequando a forma da concepção ao modelo já conhecido de óvulo espermatozóide. Nas representações populares da concepção de Dolly em contexto britânico, foi comum a idéia de que o núcleo da célula fertilizou o óvulo, um ponto de vista patriarcal, segundo Franklin (2002).

A concepção por meio da clonagem tem conseqüências distintas da concepção por fertilização, pois, na inovação técnica, a contribuição genética da fornecedora do óvulo torna-se praticamente nula ao se retirar o núcleo do gameta feminino. O resultado contraria as expectativas de parentesco ocidental de semelhança entre mãe e filhos: "Se fosse filho dela, ele tinha que ser pelo menos moreninho. Acho que guardaram os óvulos da mãe do Lucas, porque como eles podem ser idênticos, se usaram os óvulos da Deusa?". Essa informante tenta conciliar suas representações de parentesco e a possibilidade de concepção com uso de óvulos de outra mulher, o que explicaria as características inesperadas no filho.

As teorias da concepção variaram historicamente no pensamento ocidental em torno dos modelos monogenético e duogenético. Tecnologias de procriação permitem criar biologicamente outras formas de concepção como a clonagem por transferência nuclear. Modelos ocidentais de concepção monogenética e duogenética medeiam a compreensão das novas técnicas. As teorias de concepção do Ocidente moderno são congruentes com o sistema de parentesco bilateral e a crença na transmissão de substância biogenética. Como se articula o conhecimento sobre hereditariedade em face das noções populares?

## Hereditariedade

Os gregos introduziram novo olhar sobre a herança, que tem continuidade histórica de mais de dois mil anos até hoje, no tocante à idéia de transmissão pelo sangue (Mayr, 1982). A pesquisa antropológica por Schneider (1968, 1984) e Strathern (1992a, 1992b) demonstra que os modelos de parentesco ocidentais persistem na base da teoria antropológica de parentesco e nos modelos propostos a partir do desenvolvimento científico. Na evolução do pensamento moderno sobre hereditariedade, os saberes populares e eruditos se informaram mutuamente. As noções de hereditariedade calcadas no parentesco de sangue se biologizaram quando o discurso médico as encompassou (Luna, 2004a).

Até a virada do século XIX para o XX, na Europa, pensava-se a hereditariedade em termos de transmissão de sangue e não de genes, com a mescla

do sangue de ambos os pais (Bouquet, 1993). Também se usava a linguagem do sangue para falar de hereditariedade no meio erudito do Brasil até o início do século XX (Carrara, 1996). Com base nas críticas de especialistas da genética, faço aqui a reconstituição de aspectos do modelo de herança pelo sangue. Segundo geneticistas, a idéia de herança pelo sangue surgiria da tentativa de explicar a semelhança do filho com os pais: a influência igual do pai e da mãe se deve à mescla do sangue dos progenitores, combinando suas características. A metade de cada caudal hereditário viria de cada progenitor, um quarto de cada avô, um oitavo de cada bisavô, supondo-se uma fração de sangue de raça ou de indivíduos (Dunn & Dobzhansky, 1956). Na análise do parentesco como sistema de símbolos, Schneider descreve, em termos semelhantes, a possibilidade de cálculo de parentesco: o sangue seria uma substância que se subdivide a cada etapa reprodutiva a partir de certo ancestral. Daí ser possível o cálculo do grau preciso na partilha de hereditariedade comum entre duas pessoas, o que expressaria a distância de parentesco em termos quantitativos (Schneider, 1968). Um exemplo está em leis estaduais dos Estados Unidos no século XIX: negro era definido como aquele com até sete oitavos de ascendência branca (Genovese, 1976).

Considerava-se o sangue presente em todo o organismo e que sua transmissão para a descendência unificava a estirpe (Carrara, 1996). Características físico-morais se transmitiam assim ao longo das gerações. Na teoria da degeneração ou hereditariedade mórbida, a idéia do "sangue corrompido" relaciona a onipresença do sangue no corpo e sua capacidade de inscrever-se em um tempo que ultrapassa os indivíduos através da herança. Segundo Foucault (1993), na virada entre os séculos XVIII e XIX, a análise da hereditariedade impôs a noção de "responsabilidade biológica" quanto à própria espécie. Isso constituiu um projeto médico e político de administrar as uniões e os nascimentos, pois as perversões afetariam a descendência. Perversão, hereditariedade e degenerescência se articulam. O autor descreve a transição da sociedade do sangue, na qual predominam os sistemas de aliança e o valor da linhagem, para a sociedade da sexualidade, em que o interesse está na saúde, progenitura, raça e no futuro da espécie: a eugenia.

## Eugenia

O movimento eugênico surgiu na Inglaterra no final do século XIX, com o objetivo de melhoramento da espécie humana por meio da procriação seletiva de seres humanos, a fim de preservar traços favoráveis (Marks, 1995). O movimento foi influente em vários países, entre os quais Alemanha, França, Brasil e Rússia (Adams, 1990), mas enfraqueceu após a Segunda Guerra Mundial, com o repúdio ao Holocausto e a vitória do modelo liberal.

Stolcke revela a conexão entre as tecnologias reprodutivas e projetos eugênicos no exemplo de H. J. Muller, em 1936. Esse biólogo marxista americano propôs a inseminação artificial, a estocagem do sêmen de grandes homens, a fertilização dos óvulos fora do corpo, a transferência embrionária e a seleção sexual de embriões como formas de eliminar os defeitos genéticos e determinar a proporção entre os sexos (Stolcke, 1986). O geneticista queria as tecnologias de procriação a serviço da ciência eugênica, a fim de melhorar o caráter intelectual e moral dos indivíduos, transformar relações competitivas e abolir as classes. Para Stolcke, a relação entre as tecnologias de procriação e esquemas eugênicos é válida hoje. Na imprensa, é freqüente a associação de eugenia e tecnologias de concepção: "Em busca do bebê perfeito" é título de uma reportagem (Teich & Oyama, 1999).

A acusação de eugenia diz respeito à maior possibilidade de escolha na reprodução assistida, em particular na doação de gametas, no diagnóstico genético pré-implantação e na redução embrionária (aborto seletivo de embriões). Bancos submetem sêmen e doador a uma série de testes para diagnosticar doenças sexualmente transmissíveis e genéticas. A análise do sêmen, a testagem de doenças e a manipulação garantem sêmen fértil, sem contaminação e com traços genéticos desejáveis, um produto feito para atender a demanda (Schmidt & Moore, 1998). Bancos de sêmen de ganhadores do Prêmio Nobel ou que listam características tais como carreira, educação, raça, inteligência e prática esportiva na descrição dos doadores, além de promoverem a naturalização de traços sociais (Cussins, 1998a), favorecem escolhas com tendências eugênicas, por parte tanto do banco de sêmen, ao descartar portadores de doenças hereditárias, como de usuários do serviço. Em contrapartida, as escolhas podem contrariar a lógica eugênica linear: um casal de lésbicas surdas quis um doador surdo para ter um filho semelhante a elas (Lésbicas optam por ter filhos surdos, 2002).

Há implicações eugênicas no processo de FIV, que exige o controle de qualidade de espermatozóides, óvulos e embriões, pelo parâmetro da morfologia. Os embriões de boa qualidade têm blastômeros (células resultantes das primeiras divisões) simétricos, sem fragmentação. Mesmo se a morfologia for normal, há risco de mosaicismo: existência de blastômeros alterados com composição cromossômica heterogênea.[16] O desenvolvimento de embriões de boa qualidade requer a competência técnica do laboratório: "*You can't make a bad embryo good. You can make a good embryo bad*".[17] Se não se cria boa qualidade valendo-se de um embrião ruim, alerta-se para a necessidade de preservar a qualidade e não danificar o embrião. A falta de qualidade do embrião implica seu descarte.

O diagnóstico genético pré-implantação (PGD) é uma técnica auxiliar para investigar a presença de defeitos genéticos no embrião que, embora não impeçam seu desenvolvimento, trarão conseqüências danosas para a criança. A seleção de embriões para transferência após teste genético levanta questões que estão em continuidade com o debate sobre os exames de diagnóstico pré-natal, como a amniocentese e a biopsia de vilosidades coriônicas (Cowan, 1992). Identificando-se uma doença genética, a solução é a eliminação do ente com o defeito, pois não há terapias. Na amniocentese e na biópsia das vilosidades coriônicas, em caso de resultado positivo para alteração genética, a opção seria interromper ou continuar a gravidez. A novidade do PGD é o fato de ainda não haver gravidez quando o exame e a seleção ocorrem, pois os embriões estão fora do útero materno, no laboratório. Transferem-se para o útero somente os embriões sem as doenças genéticas já identificáveis. Veja a posição desta embriologista sobre o diagnóstico de embriões pré-implantação:

> *É nossa obrigação como profissional da área impedir que essa mulher venha a gerar uma criança doente. A nossa obrigação (...) é permitir que seja selecionado o embrião que tenha a menor possibilidade de vir a desenvolver ou fibrose cística, ou qualquer uma dessas doenças que já se clonou o gene, que [já] se conhece.* (Embriologista)

Impedir o nascimento de uma criança doente seria uma obrigação da equipe médica, na opinião dessa profissional. Supõe-se que a criança deva desfrutar de uma vida melhor. Durante uma comunicação sobre o diagnóstico genético pré-implantação, exibiu-se o *slide* de um bebê com selo de qualidade: “Nascido após PGD”.[18] O eugenismo é patente na imagem que exibe um bebê como um produto com qualidade garantida. A existência de testagem, seja pré-natal, seja pré-implantação, propicia um ambiente coercitivo para se recorrer ao exame, com pouca margem para recusá-lo quando indicado, em que os pais que optam por não realizá-lo são censurados por omissão ou negligência (Wertz, 1992; Rapp, 1998). As indicações para o PGD são: idade materna, “cariótipo alterado” (alterações genéticas), abortos de repetição e a opção do casal.[19] Nem sempre os motivos para recorrer à seleção embrionária são clínicos: há exemplos de seleção sexual quando os filhos anteriores têm o mesmo sexo (“sexagem para complementação familiar”) e geração de filhos doadores de sangue do cordão umbilical para irmãos com doenças hematológicas: talassemia, anemia de Fanconi (Luna, 2004b).

Outro aspecto que remete à eugenia é a seleção das candidatas ao tratamento, na postura matizada de higienismo social de médicos que questionam o acesso de mulheres pobres, com muitos filhos ou com modelos familiares

desviantes. Em uma perspectiva feminista, Steinberg (1997) fez um *survey* em centros públicos e privados de reprodução assistida na Inglaterra, constatando uma lógica eugênica na seleção de pacientes com base em valores heterossexistas e na possibilidade econômica de bancar o tratamento. Uma concepção de "parentalidade adequada" subjaz a essa lógica discriminatória.

### A Genetização do Parentesco

Segundo Franklin (1999), as tecnologias da procriação e os exames de DNA para comprovar laços de família representam sinais do processo de genetização do parentesco. Ingold (1991) refuta a noção de relacionamento genético, pois o parentesco genético se refere às afinidades de atributo (*attributional affinities*) presentes no indivíduo previamente à entrada em qualquer relação. A genética diria respeito a coeficientes quantitativos de aparentamento (*relatedness*) e não tem ligação com a dinâmica de relacionamentos. Os coeficientes quantitativos de parentesco estavam presentes no antigo modelo do sangue (Duhn & Dobzhansky, 1956).

Para Ingold (1991), o parentesco genético é um parentesco cortado do contexto dos relacionamentos e atribuído como propriedade comum de indivíduos considerados entes separados e isolados. A noção de "sangue" é um operador simbólico que conecta os sujeitos (parentes consangüíneos), ao passo que a ênfase em fatos naturais da embriologia como fundamento da pessoa desconecta e oculta relações (Salem, 1997). Uma forma dessa visão não-relacional está na interpretação do DNA em termos de elemento fundante do indivíduo, constituído na forma de mônada. A observação de Ingold é congruente com um aspecto central dos modelos ocidentais de parentesco: não se percebe que o filho nasce em um campo de relacionamentos, mas que nasce um indivíduo com necessidade posterior de relacionamentos (Strathern, 1995a). Questiona-se o caráter não relacional do aparentamento genético, com as pessoas parecendo mônadas. Strathern (1995b) lembra que genética diz respeito tanto à constelação singular de características que constitui indivíduos como laços de sangue e ancestrais. Em vez de aparentamento genético externo à dinâmica de relacionamentos, nos laços de sangue os relacionamentos são evidentes como vínculos entre pessoas. Esses relacionamentos contribuem com os componentes da constelação de características constituintes da pessoa individual.

A procura por exames de DNA para comprovação da paternidade evidencia de que modo o parentesco genético diz respeito aos relacionamentos entre as pessoas. Leite (2000), contrapondo a "verdade biológica" e a "verdade afetiva" da paternidade, questiona se o estabelecimento de uma "verdade legal", por meio do exame de DNA, contribui para a paternidade responsável ou apenas

indica o genitor. Fonseca (2002) mostra que mulheres das camadas populares na Grande Porto Alegre se apropriam dos exames de DNA com diversas motivações de cunho relacional: garantir a contribuição financeira dos pais para a criação dos filhos, o que, às vezes, vem acompanhado da acusação de "golpe do baú"; a tentativa de reatar a relação com o companheiro; o desejo dos filhos de conhecer sua origem e estabelecer relacionamento com os pais.

Fonseca (2004) descreve o interesse masculino nos testes de DNA para certificar-se da paternidade e para desfazer os laços de filiação e conjugais, quando o homem rompe a relação estável com a companheira. A ditadura da "verdade biológica" do DNA não vale para os casos que implicariam a destituição da paternidade no registro de nascimento sem a atribuição de outro pai, postura que visa ao resguardo da criança. Deixa-se de lado a fundamentação do parentesco na genética, caso implique revogar um relacionamento sem constituir outro. Isso mostra que a genetização do parentesco não é absoluta, mas contextual. Se o parentesco genético constitui mônadas, os estudos de Fonseca (2002, 2004) demonstram que as pessoas se constituem como seres geneticamente relacionados no contexto dos exames de DNA.

A medicalização do parentesco se refere à sua genetização. Nos Estados Unidos, Finkler (2001) analisa contextos de vivência do lado genético do parentesco no risco de transmissão de doenças hereditárias em duas situações opostas em termos de informação sobre o parentesco. A falta de informação sobre o histórico de doenças familiares leva filhos adotivos a reconstituir sua família de origem, ao passo que as pessoas pertencentes a famílias com casos de doenças de transmissão hereditária estão condenadas a viver em situação de "risco genético".

A medicalização do parentesco ata as pessoas ao passado e ao futuro. "O DNA torna-se repositório central de memória humana, ao assumir agência e verdadeiro estatuto ontológico com sua alegada capacidade de 'recordar' (*remember*) os ancestrais de maneiras que a memória das pessoas pode ter esquecido" (Finkler, 2001: 245). No tocante à medicalização do parentesco, uma embriologista mencionou a prática de casamento endogâmico na origem da concentração de doenças genéticas entre judeus: "Se você olhar a população judaica (...) eles têm um conceito de religião e acabam casando entre si. Se você for estudar a história deles, eles só casam com judeu. (...). Então você vai ver um monte de doenças genéticas acontecendo. Doenças genéticas graves" (Embriologista).

No contexto brasileiro, quando se indagou a um médico sobre restrições religiosas à doação de gametas, ele recordou o caso dos judeus quanto à seleção do doador:

*Dr. J – Não é religiosa. É mais para fugir de um casamento consangüíneo. Casamento no sentido de casamento genético consangüíneo do que por questões religiosas. Então existe até uma certa preferência na hora de usar doador: 'Eu prefiro que não seja judeu'. Porque só assim eles conseguem ter um reforço genético. Toda raça que se isola muito tem uma tendência natural de manter no* pool *mais doenças recessivas.*

*Naara – Mas essa é uma justificativa que os casais dão?*

*Dr. J – Dão. Eles sabem que eles têm mais doenças específicas do grupo, e fugindo dessa genética, eles vão ter menos no filho.* (Médico)

Entrelaçam-se aqui considerações sobre a prática de casamento endogâmico em grupos étnicos, a seleção de doenças em função do intercasamento e as opções do casal da etnia judaica que necessita de um doador de gametas. O médico afirma que o "casamento genético consangüíneo" seria evitado por receio de doenças genéticas e descarta outras razões referentes a valores de parentesco.[20] Os pais se preocupariam com a saúde da prole.

O transplante de citoplasma do óvulo de doadora para o da receptora pode implicar transmissão de doenças genéticas pelo DNA das mitocôndrias do citoplasma injetado.

*Essa criança vai ter o bandeamento diferente de uma criança normal, porque ela vai ter o genoma do pai, o genoma da mãe e o DNA dessas mitocôndrias inseridas nesse indivíduo. (...) Só que existe uma série de doenças mitocondriais herdadas pela mãe que se desenvolvem quando em associação com outras mitocôndrias. (...) Eu não concordo [com essa técnica] porque vai permitir que se desenvolvam crianças com doenças mitocondriais seriíssimas.* (Embriologista)

Destaca-se que, mesmo no tocante à genética, há hierarquização de características conforme sua origem nuclear (no genoma) ou mitocondrial, no comentário desta segunda embriologista sobre as conseqüências da transferência de citoplasma: "Na realidade, o que vai determinar a parte de genoma mesmo, inclusive até doenças e características físicas, é a parte nuclear. A parte do DNA mitocondrial tem mais a ver (...) com o metabolismo (...) do que com o que você transmite realmente para sua descendência". Nessa postura não se considera relevante um dado biológico: a transmissão de característica genética. Se existe a crença em uma base natural da realidade, certos aspectos da 'natureza' contam mais do que outros. Com base na irrelevância do DNA mitocondrial, os especialistas que usam as técnicas de transferência nuclear e de transferência de citoplasma afirmam a licitude da prática.[21]

Geneticistas e biólogos, ao escrever sobre história da ciência, acentuam as descontinuidades entre o modelo "ultrapassado e errôneo" de hereditariedade pelo sangue e a ciência genética, que corresponderia à representação verdadeira de fatos biológicos (Dunn & Dobzhansky, 1956; Mayr, 1982). Entre os informantes, não se encontrou descontinuidade, mas superposição das noções de sangue e DNA: "Eu quero ter o filho que é meu, que tenha uma parte de mim, tem meu sangue, tem meu eu ali, tem meus DNAs", disse uma usuária de serviço privado de reprodução assistida, de 42 anos.

Esses comentários surgem quando se discute adoção ou doação de gametas e não se restringem a usuárias das camadas médias. Uma usuária de serviço público de reprodução assistida, de 29 anos, recusaria receber doação de óvulos, porque não consideraria o filho como seu, nem com respeito à genética, nem ao sangue: "Eu sei que é filho do meu marido, mas não é meu filho. Nem pela parte genética, porque sangue, nada ia constar meu". "Sangue" e "parte genética" são expressos de forma equivalente. O sangue é o veículo de transmissão de características de pais para filhos e constitui uma herança de família: "O sangue é (...) ter aquela herança de família e eu não saber lidar com aquilo. Eu, como mãe adotiva, depois querer me agredir. (...) Aqui em São Paulo, eu não tenho coragem de adotar uma criança, porque eu não sei de onde que veio, quem é o pai. E geralmente mais é filho de traficante" (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 36 anos).

Pode-se compreender essa observação sobre a herança de características sociais tanto nos termos da antiga configuração físico-moral de valores (Duarte, 1986), como degeneração (Carrara, 1996), quanto nos termos da moderna sociobiologia (Sahlins, 1976). Um dos médicos usou argumentos calcados no determinismo genético para mostrar a reprodução assistida como opção preferível à adoção, assumindo uma postura eugênica:

> *Eu, antes da fertilização* in vitro*, indicava muita (...) adoção. E na minha vivência desses 45 anos, eu tive um prognóstico muito sombrio dos casais que fizeram a adoção. 30% dos casais que eu acompanho que adotaram, os filhos são drogados. Em 30% deles, o QI é muito baixo. Não acompanham a escola. Hoje eu já contra-indico formalmente.* (Médico)

É provável que sociobiólogos e cientistas, em busca de explicações genéticas e da neurociência para comportamentos sociais, fizessem observações semelhantes. Correia (1997: 310) avalia essa perspectiva: "Esses autores ficam do lado daqueles que defendem a visão genética de ontogênese – geralmente conservadores que enfatizam que nossos limites mentais são estabelecidos na fertilização" e não podem ser alterados por nenhum programa posterior. E, cabe acrescentar, nem a família adotiva.

Em contrapartida, noções populares de hereditariedade ainda representam a transmissão de traços de modo dissonante do modelo genético. O exemplo que Bouquet (1993) mostra na Inglaterra seria facilmente transposto para o contexto brasileiro: a descrição de uma criança dotada do temperamento dos Jones e do nariz de Smith. Algumas características são traços familiares coletivos e outras, partes transmitidas de uma pessoa a outra, como os olhos de Mary e o nariz de John.

O biólogo Ernst Mayr (1982) lista "idéias errôneas" (*sic*) de naturalistas, agricultores, médicos e filósofos em debate no início do século XX: a transmissão viria apenas de um dos pais; a contribuição paterna era quantitativa ou qualitativamente diferente da materna; a herança de caracteres adquiridos; a contribuição genética de ambos os pais se funde na prole. Mayr registra a crença de que incidentes com a mãe poderiam atingir o feto. Algumas dessas crenças são populares hoje: a influência sobre o feto de incidentes na gestação; a fusão da herança dos pais e a diferente contribuição materna e paterna na procriação. Com base na antropologia e não na biologia, analiso essas "idéias errôneas" como representações nativas de concepção, hereditariedade e parentesco.

## NOTAS

1 Um dos diretores de outro serviço comentou sobre essa manobra em que se registravam novas radiografias após cada deslocamento da paciente, com o objetivo de verificar se as trompas eram móveis. O médico concluiu que a manobra traria mais desconforto à paciente do que vantagens diagnósticas em função da alteração mínima na visualização das trompas com o movimento.

2 Franklin (1997) registra a reação da mulher que se acalma ao ver na tela a imagem ultrasonográfica de seus folículos ovarianos durante a punção e se esquece da dor.

3 Na página eletrônica da Clínica Dale, há a descrição de exames como histeroscopias e videolaparoscopias.

4 São três incisões: uma mediana, na altura do umbigo e outras na altura dos ovários. Insere-se ar na cavidade abdominal fazendo-se o pneumoperitônio, o que permite o afastamento das estruturas internas e sua visualização. Injeta-se contraste por via baixa no útero e visualiza-se com a câmera se houve passagem pelas trompas.

5 Visto se tratar de um procedimento que envolve centro cirúrgico, algumas pacientes do Instituto de Ginecologia esperavam o atendimento durante meses, e até anos, por causa da situação repetida de marcação e cancelamento da cirurgia. Houve períodos em que os médicos encaminhavam pacientes diretamente para fertilização *in vitro* em São Paulo, pois era duvidosa a retomada das videolaparoscopias.

6 Há pesquisas em curso com experimentação de úteros artificiais que são caixas de vidro (Luna, 2002a).

7 Gênero segundo Strathern (1988: ix): "Por gênero, eu quero dizer aquelas categorizações de pessoas, artefatos, eventos, seqüências, e assim por diante, que recorrem às imagens sexuais – às maneiras como o aspecto distintivo de características de macho e fêmea concretiza as idéias das pessoas sobre a natureza das relações sociais". Tradução livre.

8 Perguntou-se a uma psicóloga, mestranda em sexologia, que acompanhava esse atendimento, se travestis que desejavam a cirurgia procuravam o serviço. Ela diferenciou os transexuais, que teriam a inclinação desde a infância, "mesmo antes de saber de sexo, a brincadeiras de meninas" e os travestis, que vestiam roupa de mulher e tinham o desejo de "comer outros homens". Eram patentes a grande empatia dessa profissional com os transexuais e sua desconfiança em relação aos travestis.

9 Em exercício sobre a trama da novela *O Clone*, eu explicava a clonagem por transferência do núcleo da célula para óvulo sem núcleo, quando a usuária perguntou: "O que é célula? É um poro? É uma bactéria?".

10 Ouviu-se o relato de outra usuária do mesmo serviço que teve o ciclo de inseminação cancelado em circunstâncias semelhantes por risco de gravidez múltipla e que, além da advertência para não ter relações, teve de assinar um termo atestando que recebera informação sobre o risco e isentando a equipe de responsabilidade.

11 Essa sensibilidade não é mera decorrência da intervenção médica, mas é mediada culturalmente. Uma ginecologista comentava que a desculpa das usuárias para buscar a laqueadura em vez de métodos reversíveis são as reações adversas aos contraceptivos orais: "Já reparou que só mulher pobre passa mal tomando pílula?".

12 Hayden (1995) menciona uma pesquisa segundo a qual mulheres heterossexuais associariam inseminação com adultério e sexo extramarital, introduzindo um terceiro na relação.

13 Contrariando o discurso médico que localiza o período fértil na metade do ciclo menstrual, entre as regras, Víctora (1995) e Leal (1994) identificaram entre mulheres de camadas populares no Rio Grande do Sul a idéia de que a mulher é mais fértil durante a menstruação, associando fecundidade ao sangue menstrual.

14 O Núcleo de Esterilidade do Hospital Pérola Byington adota essa contagem, conforme observado em sessão clínica. Na ICSI, em caso de vasectomizados com sêmen extraído por punção do epidídimo, a concentração pode ser inferior, e basta um pequeno número de espermatozóides para a microinjeção.

15 Da biopsia de um sinal de Lucas retiraram-se células transferidas para os óvulos sem núcleo de Deusa. Transferiu-se o embrião formado para Deusa: a mãe gestacional e doadora do óvulo usado na clonagem.

16 Notas da comunicação "Seleção dos embriões para a transferência", apresentada por Raquel de Lima Leite Soares Alvarenga no VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida.

17 Não se pode tornar bom um embrião ruim. Pode-se tornar ruim um embrião bom. *Slide* apresentado pelo dr. Zsolt Peter Nagy na comunicação "Revisão crítica das técnicas de laboratório", durante o Simpósio Internacional Revisão Crítica dos Avanços em Reprodução Assistida, ocorrido em 23/11/2002, em São Paulo.

18 *Slide* exibido na comunicação "Revisão crítica da genética pré-implantacional" do dr. Yuri Verlinsky, no Simpósio Internacional Revisão Crítica dos Avanços em Reprodução Assistida, São Paulo, em 23/11/2002.

19 Cf. comunicação "Diagnóstico genético pré-implantacional: técnica e aplicação clínica", de Cláudia Chagas Rocha, apresentada no VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida.

[20] Em comunidades de judeus ortodoxos e hassidistas nos EUA, há programas de exame genético para selecionar parceiros antes do casamento, de modo a evitar doenças de alta incidência no grupo, como Tay-Sacks (Rapp, 1998). Segundo Peter Fry (2005), o discurso que trata a anemia falciforme como "doença racial" dos negros favorece taxonomia racial bipolar no Brasil.

[21] DNA mitocondrial é o material genético existente nas mitocôndrias, organelas situadas no citoplasma, portanto, fora do núcleo da célula. Contém pouco mais de um milésimo dos genes humanos (Cf. Pereira, 2002: 45).

# 5

# Parentesco e Pessoa

*O sangue é (...) ter aquela herança de família.*
Usuária de serviço público de reprodução assistida, 36 anos

## Parentesco

A análise dos sistemas de parentesco é tema clássico na antropologia. Com base em Schneider (1968), que aborda o parentesco como um sistema de símbolos e significados, analiso suas representações na fala das usuárias e profissionais da reprodução assistida e de serviços de infertilidade, bem como em saberes eruditos. Identifiquei nos dois maiores centros urbanos do Brasil uma versão da simbólica de parentesco ocidental. Schneider (1984) reconhece o etnocentrismo na teoria antropológica de parentesco: em seus pressupostos estão embutidas concepções nativas ocidentais. A sabedoria convencional da antropologia caracteriza o parentesco em dois pontos principais: é concernente à reprodução de seres humanos e às relações que acompanham o processo de reprodução sexual e biológica; as relações sexuais são parte integral do parentesco, pois a reprodução sexual cria laços biológicos entre as pessoas (Schneider, 1984). Esses pontos são característicos da representação nativa do parentesco ocidental que estão em consonância com as representações examinadas no estudo das novas tecnologias reprodutivas, e fazem parte do eixo central de sentido da simbólica de parentesco. Na presente análise, o contexto maior de referência é o Ocidente, no qual se incluem casos estudados no Brasil.

Segundo Weber (1998), há um tipo ideal de parentesco ocidental, designado por Strathern de "euro-americano", característico dos países do norte da Europa e da América anglo-saxônica. Neste, a individualidade da pessoa é um fato primeiro e há oposição marcada entre o privado (*home*) e o público (Strathern, 1992a). Propriedade, posse e controle são metáforas-chave da cultura ocidental,

relacionadas à concepção de pessoa como indivíduo dono de si e dos produtos de seu trabalho (Strathern *apud* Middleton, 2000). O indivíduo e agente é um ser de identidade única, com limites externos marcados, que exerce controle sobre suas atividades, é autor dos próprios atos e do produto de suas ações. Tal noção de pessoa se baseia na metáfora raiz da cultura ocidental moderna: a mercadoria. A pessoa é aquilo que tem ou faz (Strathern, 1988). No Brasil, prevalece o modelo de pessoa relacional e a continuidade e confusão entre os valores da casa e os da rua (Da Matta, 1987, 1997).[1]

O parentesco ocidental se constitui de relações cujo fundamento consiste na procriação e cuidado/criação (*nurturing*) de seres humanos: os fatos da vida. O parentesco evoca o aspecto relacional da interação, formando uma matriz de relacionamentos, ao passo que a família diz respeito ao aspecto institucional, ao tipo de unidade. Cada pessoa tem sua constelação de parentela, por isso as relações de parentesco são privadas em relação à sociedade. Os laços de parentesco ocidental também exemplificam a necessidade (determinação) biológica ou natural (Strathern, 1999a).

Na antropologia, uma corrente define o parentesco como universalmente constituído sobre base biológica, conceito influenciado pela representação nativa ocidental. Outro conceito possível é a reprodução de pessoas por pessoas como processo social (Strathern, 1999a; Dumont, 1975). O parentesco é uma rede de conexões de proximidade irradiada do indivíduo. Já a família, na concepção ocidental, é uma instituição baseada na parceria conjugal e na criação dos filhos. O cerne da família se constitui no ato procriativo do casal, de maneira que a proximidade biogenética do filho em relação aos pais confirma a proximidade “nutridora e de cuidado” (*nurturing*) do casal. O casal gera um filho que cria proximidade, e esta se define na superposição das relações de família e de parentesco (Strathern, 1995b).

Na análise de Schneider (1968), o parentesco americano (dos EUA) é um sistema simbólico no qual há dois elementos básicos para a definição de parentes: a relação baseada na substância natural ou biogenética, e a relação como código de conduta. Os vínculos, no primeiro caso, são decorrentes da ordem da natureza, portanto, dados, e no segundo caso os vínculos se constroem com base na ordem da lei. Os laços de substância indicam hereditariedade compartilhada e são impossíveis de desfazer, em contraste com os laços estabelecidos pelo código de conduta com base na lei ou no costume. Há três modalidades de parentes: por natureza, quando não há reconhecimento social do laço natural, nas relações ilegítimas (filho natural, filho ilegítimo, pai natural, mãe natural). Na segunda classe, há parentes pela lei, ou parentes por afinidade constituídos pelo casamento. A última classe dos parentes de sangue se dá na natureza e na lei (Schneider, 1968).

O direito civil apresenta representações de parentesco similares ao sistema proposto por Schneider, opondo a verdade biológica à verdade afetiva, complemento da primeira. Segundo Leite (1995), a relação de direito e a verdade biológica devem coincidir. Práticas tradicionais, como a adoção, revelam a importância da vontade individual para o estabelecimento da relação. O uso de tecnologias de procriação com recurso à doação de gametas ou às mães de substituição faz prevalecer a vontade individual sobre a "verdade biológica". A fertilização *in vitro* (FIV), ao criar embriões fora do corpo com transferência posterior para o útero, permite separar a maternidade genética da gestacional, quando se implanta o óvulo fecundado de uma mulher no útero de outra. Cria-se situação inédita no direito ocidental, em que o parto deixa de estabelecer a certeza da maternidade. Tal prática propicia a fragmentação do papel materno. A mãe gestacional pode não corresponder à mãe genética, nem à mãe social. A representação da maternidade vai se assemelhar à de paternidade no sentido de atribuição social. Não se pode mais associar a função materna com o natural e a paterna com o social. Ambas revelam-se socialmente construídas (Strathern, 1992b). A intencionalidade no parentesco permite a inclusão dos parceiros "biologicamente excluídos" da procriação na doação de gametas e na gestação substituta, enquanto a agência está no desejo dos pais de conceber (Franklin, 1997).

As tecnologias de procriação são meios de obter filhos geralmente contornando situações de esterilidade. Comparando as representações de esterilidade nos relatos etnográficos de diferentes sociedades, Héritier (1984) observa que as faltas de conduta sancionadas com a esterilidade implicam cruzamento de gerações, cruzamento de sangues e cruzamento de gêneros. Trata-se de atos de transgressão que rompem a ordem cósmica e seu equilíbrio. Transmite-se a vida segundo a ordem das gerações: pais deixam de procriar quando seus filhos estão casados. Regula-se a fusão das substâncias no casamento, com interdição de uniões consangüíneas e do adultério. Por fim, evita-se a contaminação entre os gêneros masculino e feminino nas práticas de homossexualidade, autosexualidade (masturbação), e entre outros gêneros que devem se manter separados (relações incestuosas, com animais, ou com seres do além). Essa ruptura da ordem cósmica diz respeito às regras de parentesco. As tecnologias de concepção abrem espaço para tais rupturas quando mulheres após a idade da menopausa dão à luz, filhas doam óvulos para suas mães engravidarem, mãe cede seu útero para receber o embrião formado com gametas de seu filho e sua nora, casais homossexuais fazem filhos, cultivam-se tecidos de ovário e testículo em animais hospedeiros (Luna, 2001b, 2002a). Cria-se a possibilidade técnica da mistura de gerações, da mistura de sangues e de gêneros com o uso da reprodução assistida.

Analisando as categorias definidoras do domínio cultural do parentesco no Brasil, Abreu Filho (1982: 98) define o sangue: "substância transmissora de qualidades físicas e morais, formando o corpo e o caráter". O sangue articula a ordem da Natureza com a ordem da Cultura e transmite mais do que genes. A pessoa nasce mais do que corpo natural, pois surge "moralmente constituída, representante de uma família, uma tradição". Em contraste com o indivíduo, categoria de pessoa na cultura ocidental moderna (Dumont, 1992), a pessoa nasce "parte de uma totalidade que a transcende e constrói" (Abreu Filho, 1982: 98).

Como os usuários da reprodução assistida pensam seus vínculos com os filhos gerados? Considerando a conexão de substância hereditária, cabe inquirir se os caracteres que se supõe transmitir ao filho abrangem as dimensões biológica e moral. A necessidade da transmissão de genes, nos termos da sociobiologia vulgar (Sahlins, 1976), tem menos peso no discurso nativo. A hipótese é que a busca do filho genético traduz a expectativa do sentimento de pertença mais forte fundamentado no vínculo de substância entre pais e filho.

Ao analisar os sistemas de símbolos e significados segundo definições de família e parentes em camadas médias urbanas da Zona Sul do Rio, Dauster (1992) afirma que a categoria 'sangue' é um princípio de inclusão de pessoas na família e entre parentes. 'Sangue' refere-se aos caracteres físicos observáveis, e serve de veículo de transmissão de caracteres morais, assim biologizados. Abreu Filho (1980) menciona um sentido de sangue que relativiza essa noção tão substantiva, bem como a oposição nítida entre o natural e o cultural: nas representações nativas, sangue aparece não tanto em termos de uma substância definível em si, mas na qualidade de vetor de qualidades físicas e morais.

Além de analisar os fatos da procriação e verificar as relações entre o biológico e o social, pretende-se incorporar uma visão processual de parentesco e da condição de pessoa. Usa-se o conceito de *relatedness*, que indica modos nativos de agir e conceitualizar relações entre pessoas segundo noções distintas da teoria antropológica (Carsten, 1995, 2000). Nos depoimentos das usuárias, há muitas expressões sobre o parentesco que conotam um idioma de pertencimento, sem referência a nexos genealógicos (Edwards & Strathern, 2000). As informantes referem outras conexões de substância, em particular no tocante à gravidez, que não invocam os laços genealógicos como signo de parentesco (Cussins, 1998a).

## A Escolha

Já se enfocaram as diferenças dos modelos de família nas camadas médias e nas classes populares, reconhecendo-se variações que incluem a edu-

cação formal. Considerando-se o parentesco como sistema de símbolos, tais diferenças, nos modelos de família e nas representações do corpo, seriam marcadas também no plano dos símbolos de parentesco? Com o objetivo de perceber descontinuidades ou semelhanças na comparação das opiniões de usuárias de diferentes origens sociais, e no contraste entre profissionais e leigos, indaguei às usuárias de serviços de reprodução assistida a respeito de escolhas possíveis no processo de formação de prole. Inquiri sobre a opção entre reprodução assistida e adoção como meio de ter filhos.

Quanto às técnicas, perguntei sobre o recurso à doação de sêmen, à doação de óvulos e à possibilidade de se recorrer a outra mulher para gestar os embriões do casal e depois entregar o bebê. A pergunta era: "Caso você tivesse um problema no útero que a impedisse de engravidar, você pediria a outra mulher que recebesse um embrião formado com seu óvulo e os espermatozóides de seu marido e depois devolvesse a criança para vocês?". A maioria identificou a prática imediatamente: "Fazer uma barriga de aluguel?". Aos profissionais envolvidos em reprodução assistida, pedi a opinião sobre a adoção, doação de gametas e a "gestação substituta" (cessão temporária de útero ou barriga de aluguel): se concordavam com a oferta da técnica como profissionais e a opinião pessoal a respeito. Profissionais mulheres mostraram-se mais abertas a expor sua posição de profissionais envolvidas na reprodução assistida e sua opinião pessoal sobre a possibilidade de virem a recorrer a tais métodos. Em contraste, poucos profissionais homens expuseram sua opinião pessoal.

As reações revelam símbolos do sistema de parentesco. As respostas de usuárias do serviço público, de clínicas privadas e dos profissionais se alinhavam em torno de eixos semelhantes de argumentação. Das oito usuárias de serviços privados de reprodução assistida, apenas duas se declararam terminantemente contra a adoção, argumentando com o desejo do filho aparentado geneticamente, o medo de se arrependerem da adoção e o receio de se verem diante de características negativas do filho adotivo advindas do "sangue". Uma informante admitiu a mudança de posição: ela desejara anos antes um filho biológico, mas o marido, com problemas de infertilidade, não quis se tratar. O casal estava resolvendo os trâmites da adoção. Alguns casais decidiram tentar a reprodução assistida e, caso o procedimento não alcançasse o resultado, adotar. Uma informante que fez três tentativas confessou que teria parado na segunda e buscado a adoção, mas o marido a convenceu a tentar pela terceira vez e ela engravidou de gêmeos. Nenhuma dessas informantes tivera filhos antes do tratamento.

As oito usuárias de serviço público de reprodução assistida oriundas das camadas populares responderam com argumentos semelhantes. As cinco

contrárias à adoção falaram da persistência ("lutar para ter o meu filho mesmo"), do desejo de gravidez e da possibilidade de rebeldia do filho adotivo. Das contrárias, três já tinham filhos de uma primeira união. Uma recebeu um bebê para criar, mas a mãe o tomou de volta quando a criança estava bem e saudável. Das três favoráveis à adoção, nenhuma tivera filhos antes do tratamento. Deve-se analisar a postura quanto à adoção dentro do contexto, pois, no caso das mulheres que já tinham filhos de outro casamento, o casal vivia a experiência de parentalidade compartilhada e o companheiro assumia os enteados como filhos.[2] As mulheres das camadas populares enfatizaram as dificuldades burocráticas para a adoção (adotar na Justiça era "muito sacrifício" e era mais fácil ter o filho "meu mesmo" com o tratamento) e o arrependimento da "mãe verdadeira". Entre as usuárias tanto das camadas médias como das populares, as contrárias à adoção sublinharam a preocupação com a origem da criança, o "sangue" diferente e a possibilidade de revolta e má índole. Percebe-se a contraposição entre a origem, ou o sangue, e a criação nesse sistema de representações.

As idéias dos profissionais envolvidos na reprodução assistida são bastante semelhantes às das usuárias: ambos frisam o contraste entre o filho "do sangue", "biológico" ou "genético", com quem se tem laços físicos inclusive de gestação, e o filho adotivo de origem desconhecida, cuja criação pode ser problemática, com necessidade de orientação especial. Também se menciona a dificuldade burocrática para a adoção e a praticidade do recurso às técnicas para se ter um filho. Embora os profissionais usem mais expressões de cunho biologizante, como "vínculos biológicos" ou genéticos ("carga genética", "características genéticas"), mantém-se a oposição entre origem, ou sangue, e criação.

A adoção é exemplo de parentesco estabelecido por código de conduta (Schneider, 1968), em que vale a intenção de considerar seu o filho gerado por outras pessoas. Com as tecnologias de procriação, surgem opções que embaralham o claro contraste entre relacionamento como substância natural (sangue, genes) e relacionamento como código de conduta. Trata-se do uso das técnicas com terceiros fornecendo o material reprodutivo, seja a substância germinativa (gametas), seja o útero para o desenvolvimento dos embriões. Quando se perguntou às usuárias de serviços privados de reprodução assistida sobre o recurso a sêmen de doador anônimo para propiciar a gravidez, a maioria o recusou em função do vínculo do casal, com apenas dois exemplos de posturas mais individualizadas por parte daquelas que aceitariam engravidar com o sêmen de um terceiro.

Das oito usuárias de serviços públicos de reprodução assistida, uma não tinha companheiro e gostaria de recorrer a sêmen de doador; porém, como tal

possibilidade estava fora das regras do serviço, ela pretendia simular um parceiro. Entre as mulheres das camadas populares, aceitou-se mais a doação anônima de sêmen. Não cabe a interpretação de postura mais individualizada, uma vez que quase todas elas condicionaram a aceitação ao consentimento ou à insistência do marido. Uma informante que aceitaria por insistência do marido faria segredo do fato de que o "filho não é dele", pois o filho "é dos dois" depois do nascimento. Pode haver aí uma concepção de parentalidade menos ligada ao vínculo genético, pois duas das que aceitariam a doação de sêmen eram mães e se tratavam porque o marido não tinha filhos, ambas recusando a adoção. Apenas uma de todas as usuárias se opôs em função do aspecto comercial, pelo fato de os gametas serem algo comprado.

No tocante à doação de gametas, a maioria dos profissionais considerou doação de sêmen e de óvulos em conjunto. Os comentários específicos sobre a doação de sêmen foram de quatro profissionais que recorriam a um mesmo banco de sêmen considerado confiável. Um dos médicos declarou trabalhar apenas com inseminação homóloga, por ser contrário tanto à doação como à FIV em geral. Outro médico pilheriou sobre a existência de um banco em que todos os nascidos eram "a cara" do médico que vendia os espermatozóides. Uma terceira médica lembrou que, com o avanço das técnicas, seria possível usar células precursoras; portanto, nenhum homem seria estéril.

Com respeito à doação de óvulos, apenas duas das usuárias de serviços privados de reprodução assistida aceitariam recebê-los ou doá-los. As demais seis informantes de classe média recusariam receber óvulos doados, mas duas concordariam em doar. Uma delas recusou porque, a seu ver, seu filho deveria ser do seu óvulo, com suas características – com óvulo de outra não seria filho dela, mesmo saindo de sua barriga –, embora concordasse em doar óvulos para uma amiga. Evidencia-se, nesse exemplo, que nem sempre se encontra a consistência da posição com base em um só fator como o vínculo genético; caso contrário, a recusa deveria ser tanto para doar como para receber. A razão invocada para a recusa foi não considerar essa criança seu filho genético ou não saber de quem seria o "sangue".

Aceitariam receber óvulos doados cinco usuárias de serviços públicos de reprodução assistida. Uma privilegiou o vínculo da gravidez. Outra condicionou a aceitação a três requisitos: que o óvulo doado fosse saudável, a garantia de que não seria localizada pela doadora e a concordância do marido. As outras três usuárias de classes populares se recusariam a receber óvulos, embora uma admitisse doá-los. As razões para a recusa a recebê-los são as mesmas do grupo anterior. Houve uma recusa a doar óvulos pela impossibilidade de selecionar a quem destiná-los, em função da preocupação com a situação da criança,

filha da doadora. A doação de óvulos encontrou mais aceitação por informantes das classes populares, em contraste com as das camadas médias.

Dos profissionais, dez se manifestaram favoravelmente à doação de gametas, oito foram contrários e dois defenderam a necessidade de avaliação e critérios. As opiniões favoráveis à doação de gametas são apoiadas em razões muito diversas: a perda da qualidade dos óvulos com a idade; o desejo da experiência da gravidez; a idéia de que a gestação define a maternidade. Comentou-se sobre a relevância de que a parte psicológica do casal antes e o segredo sobre a doação sejam trabalhados previamente. Houve também várias observações sobre dificuldades na doação: encontrar compatibilidade entre doadores e receptores; falta de doadores; opção entre doação altruísta e doação compartilhada de óvulos; busca de doadoras de óvulos na família. Em contraste, é fácil agrupar as opiniões contrárias por tema. Os contrários argumentaram com base na falta de laço genético entre pais e filhos: a receptora de óvulos estaria "grávida de um filho que não é dela", e este não seria filho, por ter apenas metade da "carga genética do casal".[3] Entre os contrários, explicita-se a prevalência do vínculo genético como o verdadeiro, em detrimento do laço criado pela gravidez, discrepância passível de conseqüências negativas para a criança gerada. Embora os profissionais empreguem mais termos relacionados à genética do que as usuárias – estas alternam "sangue" e "características" ou "carga genética" –, percebe-se entre os contrários à doação a consistência do raciocínio que atribui o caráter de verdade aos laços genéticos. No entanto, também se considerou a gestação um meio de criar laços.

Indagadas sobre o recurso à gestação de substituição, cessão temporária de útero ou barriga de aluguel, a maioria das usuárias de serviços privados de reprodução assistida manifestou-se contra. Das duas favoráveis, uma destacou a necessidade de escolher uma portadora com quem tivesse uma "relação maravilhosa", para que ela entregasse a criança. Essa informante recusou qualquer processo de adoção ou doação de gametas, por causa do "sangue". A segunda disse que não veria problemas se o embrião formado viesse do óvulo dela, e fosse dela e do marido: "O embrião é meu e do meu marido, saiu do meu óvulo? Vai na barriga da mulher!".[4] Ela faria a barriga de aluguel em favor de uma amiga. Os motivos para a recusa foram o vínculo que a gestante forma com o feto na gravidez, que poderia vir a dificultar a entrega do bebê. Há expectativa de conflitos gerados tanto para a criança – nascida de uma mulher, embora sua mãe fosse outra – como para o casal e para a gestante substituta.

A postura quanto à gestação substituta foi semelhante entre as usuárias de serviços públicos de reprodução assistida, com cinco recusas, duas concordâncias e um "talvez". Das favoráveis, uma colocou como condição a garantia

de que a portadora devolveria a criança, e a outra já contava com o oferecimento de uma sobrinha para ser portadora em caso de insucesso nas tentativas de FIV. As contrárias se justificaram pelo vínculo criado durante a gravidez. Uma não teria o prazer de ser mãe, e outra acreditava que se “pega amor” pelo sangue durante a gestação. Duas contrárias consideravam a gestação substituta algo equivalente a adotar, ou comprar um objeto. Apenas uma informante se disse talvez disposta a ser a portadora, gerando a criança para uma pessoa próxima, sua irmã, de modo que pudesse acompanhar a criança nascida. Entre as usuárias de camadas populares, houve mais afirmações de que seria o “mesmo que adotar” relacionadas à gestação substituta do que à doação de óvulos.

A rejeição à cessão de útero foi menor entre os profissionais: sete a rejeitaram, oito a aceitariam, três colocaram condições e um disse desconhecer situações desse tipo. Mesmo entre os favoráveis reconhecia-se o vínculo na gravidez, e a aceitação tinha ressalvas: necessidade de ser trabalhada por casal e gestante por causa de problemas emocionais; escolha de uma portadora parente ou de fora da família, mas sem comércio. Os contrários se justificaram com base no vínculo emocional criado durante a gravidez, o que dificultaria entregar a criança. Um deles comentou que se dá a criança à “família geneticamente certa”, mas que a “mãe de aluguel” também “dá vida e sangue à criança”. Uma, contrária, comparou a gestação substituta a uma forma de adoção que incluísse a relação genética entre criança e casal: “É que nem a adoção, só que tem a parte genética”. As posições diante da gestação substituta indicam uma situação tensa, talvez pela impossibilidade de apagar o terceiro envolvido (a gestante) com o anonimato[5] e pelo valor atribuído à gravidez como símbolo de geração de nova vida. A reação contra a gestação substituta relativiza a tendência de considerar o vínculo genético o cerne do parentesco, o que predominou no discurso dos profissionais quanto à adoção e à doação de gametas.

Foi possível identificar tendências nas posições das usuárias oriundas das camadas médias, das classes populares e dos profissionais envolvidos. Entre os profissionais, a abertura para recorrer às variedades de usos da reprodução assistida é maior do que entre as usuárias em geral, a despeito da diversidade de idéias interna no segmento profissional. As posições das informantes das camadas médias e das populares foram quase sempre convergentes, notando-se uma leve tendência à maior valorização do laço de sangue ou biológico nas pacientes das camadas médias, com menos aceitação da doação de gametas. Entre as informantes das classes populares, por sua vez, há uma discreta propensão a valorizar a gravidez como símbolo de maternidade, conforme indica a maior aceitação da doação de óvulos. A rejeição à gestação substituta foi grande e baseada nas mesmas justificativas. Embora haja diversidade de idéias em

cada segmento, pode-se afirmar que a simbólica de parentesco se estrutura conforme a mesma lógica, o que confirmaria a existência de um sistema de símbolos de parentesco único. A oposição entre sangue ou genética (DNA) e criação é central, mesmo que a terminologia para expressá-la varie ligeiramente entre os grupos. Há também a oposição entre constituir o parentesco pela contribuição de substância: com gametas portadores de características ou com a gravidez.

Após considerar variações devidas à diversidade interna do grupo pesquisado, analiso as representações de pessoa e parentesco expressas no discurso de pacientes e profissionais dos serviços convencionais de infertilidade e dos serviços de reprodução assistida com base em núcleos temáticos estruturantes comuns. Schneider constata a oposição entre ordem da lei e ordem da natureza no parentesco americano (1968). Oriento os questionamentos, verificando essa oposição nos discursos analisados; vou lidar aqui com um patamar comum de significações de parentesco que constitui um sistema de símbolos.

## O Filho do Sangue e o Filho dos Outros

Entre os casais que tentam gerar filhos sem conseguir é comum, após certo período de espera, discutirem outros meios de tê-los: o tratamento ou a adoção. Uma informante de serviço público de reprodução assistida não engravidava devido ao “fator masculino”: seu marido tinha varicocele. Ele era contra o tratamento e preferia a adoção. Ela admitiu que adotaria, se o problema fosse dela, mas não queria “perder o direito de ser mãe”. Propôs usar sêmen de doador anônimo em uma inseminação e, como ele não concordou, ela persistiu nas tentativas de FIV. Houve outros casos de oposição ao tratamento pelo marido. Alguns se assustavam com “o sacrifício” da mulher em submeter-se a ciclos de FIV, envolvendo muitas injeções e exames invasivos, e sugeriam que se encerrasse a terapia. Houve protestos quanto às investigações invasivas precedentes ao tratamento convencional. Outros suspeitavam da técnica: “Ele não entende de tecnologia. Fica em dúvida se vão usar o espermatozóide dele”, relatou uma usuária do Instituto de Ginecologia encaminhada para FIV após insucesso na cirurgia de reversão de laqueadura. Além da dúvida sobre a legitimidade da criança, alguns impõem o segredo sobre o tratamento para evitar que outros “fiquem zoando com o filho dele, chamando de bebê de proveta”.

Várias entrevistadas mencionam a adoção, e esta aparece como sugestão dos médicos. O questionamento sobre a adoção desperta a reflexão dos informantes sobre reprodução e parentesco. A reação mais comum ao tópico é alegar “vontade de ter o filho meu mesmo” ou condicioná-lo – “só se os médicos disserem que eu não posso engravidar”. Uma minoria descarta totalmente a

adoção. O tratamento para engravidar apresenta-se como prioridade. Esta usuária do Instituto de Ginecologia repete as preocupações do marido: "Ele acha que se eu pegasse a criança, eu iria parar ou relaxar com o tratamento por causa do bebê. Ele quer ter o filho dele, e esse é filho dos outros". Ela sentiu "discriminação" (*sic*) por parte da sogra quando falou em adotar: "Colocar filho dos outros em casa!". Essa reação negativa não parte apenas dos parentes afins, mas também da mulher que se trata: "Um monte de gente: 'por que você não adota?' Eu falei: 'Não quero. Não tem nada a ver comigo. Nem com ele.' (...) Eu queria ter o meu filho, da minha barriga, engravidar. (...) Uma coisa da minha carne, sangue do meu sangue", diz esta usuária de serviço privado de reprodução assistida, de 34 anos.

O parentesco revela-se como um idioma de pertencimento: o "meu" filho "mesmo" se opõe ao filho "dos outros". Deseja-se a comunhão de substância com os filhos, por isso se fala em "minha carne", "meu sangue". Outra informante define filhos: "Nossos, do nosso sangue (...) que tenham as nossas características, as nossas células" (Usuária, serviço privado de reprodução assistida, 32 anos). O "sangue", "as características", "as células" são símbolos de comunhão de substância física como sinal de pertencimento. Uma informante do Instituto de Ginecologia conta o que sente por não poder engravidar: "Incapaz de ter um filho, de gerar uma vida, de ter um pedacinho de você, uma pessoa que faz parte de você". Essa comunhão de substância entre pais e filhos é expressa materialmente como um "pedacinho" da mãe, uma pessoa que "faz parte" dela. Outra usuária da mesma instituição também recorre a imagens físicas e de sentimentos para descrever a comunhão de substância dos pais no filho: "Junta um pouquinho dele e um pouquinho de mim, nosso amor, nosso sonho. Junta em uma panela e em um só. Dois juntos fariam um só, que é nosso filho".

O sangue é a imagem central para descrever a comunhão de substância no parentesco. Embora se possam entender os laços de sangue como conexão biogenética (Schneider, 1968), referindo-se às características físicas, as que manifestaram receio quanto à adoção mencionaram mais traços de temperamento e sociais. Uma informante do Instituto de Ginecologia declara: "Se fosse adotar, ia querer recém-nascido. Grande, com 3 ou 4 anos, não quero, porque já vem rebelde". A usuária de serviços privados de reprodução assistida contrária à adoção continua: "Porque vai que a criança tem um problema, você vai falar assim: não é meu filho. Sei lá de quem que é esse sangue? Puxou a quem? Essa má índole". Uma usuária do Instituto de Ginecologia não aceitava a idéia, porque "adotado não tem o 'gênero' (*sic*) da família, a atitude, o jeito de agir". Os traços da família seriam os desejáveis e verdadeiros: "Eu quero ter coisa autêntica, essência, e não coisa falsificada".[6]

Há o receio das origens desconhecidas de uma criança adotada: uma usuária de serviço público de reprodução assistida diz que "não sabe tratar filho dos outros, depois pode virar traficante, marginal. (...) Não sabe se é da geração, se o pai era traficante". Uma mãe adotiva aconselhou uma usuária do Instituto de Ginecologia da UFRJ a não adotar. Ela conta que pegou "não um bebê recém-nascido, mas uma serpente recém-nascida que herdou tudo de ruim dos pais. A filha se droga que nem a mãe, que era drogada e deu o bebê". Várias sabem pela mídia de filhos adotivos que matam os pais, mas nem sempre se atribui ao sangue o problema: uma usuária da mesma instituição conta que sua tia adotou uma menina que depois engravidou de um rapaz drogado. Embora a tia afirme que isso ocorreu porque a filha veio de outro sangue, a informante crê que a causa foi a educação.

Também houve a preocupação de a criança herdar doenças. Quando ofereceram um bebê para uma usuária do Instituto de Ginecologia adotar, ela temeu, porque entre os "parentes de sangue da mãe do bebê" havia pessoas "paralíticas, a avó era cega, a mãe não era boa da cabeça". Esse temor pode surgir no casamento. Outra informante da mesma instituição receia ter filhos com o problema das irmãs do marido, que manifestaram doença mental após os 18 anos. O médico do serviço privado considera grande desgaste adotar criança: "Você vai criar um filho dos outros na sua casa: uma pessoa de um lugar diferente que pode vir com uma doença de fora, que pode vir com doenças genéticas, que pode vir com doenças congênitas. Você está pegando uma criança que você não sabe como é geneticamente, se vem com defeito".

O desconhecido e o externo se associam. Define-se um não-parente como uma pessoa que vem de fora e sobre a qual não há informações. Receia-se o desconhecido por ser fonte do mal em caráter, em comportamento, em enfermidade. Segundo Costa (1988), o filho adotivo está excluído do "sangue compartilhado", o princípio de pertencimento à família, mas traz "sangue desconhecido". Faltam ao adotivo as conexões naturais com a família de adoção, o passado compartilhado nos laços genealógicos e o conhecimento dos "parentes verdadeiros". Quando há informação de que os parentes de sangue têm doenças, como no caso do bebê oferecido, ou dos parentes doentes do marido, teme-se a herança do que se conhece. A preocupação com a herança genética de doenças fomenta a medicalização do parentesco e da família (Finkler, 2000, 2001), perceptível nas objeções das usuárias e do médico. Constata-se que o sangue transmite atributos sociais e naturais (Abreu Filho, 1982). Explica-se o indivíduo com referência aos consangüíneos, resultado da transmissão de atributos. Assim o sangue articula a ordem da Natureza e a ordem da Cultura.

## Amor se Pega

O amor é símbolo central que une o parentesco como comunhão de substância biogenética (ordem natural) e o parentesco como código de conduta (ordem da lei socialmente estabelecida). É guia para os relacionamentos em família e existe em duas variedades: o amor conjugal, que é erótico, e o amor cognático, que une as pessoas de mesmo sangue (Schneider, 1968). Poucos informantes resistiram ao tratamento de reprodução assistida por este prescindir da relação sexual: "Meu marido queria tratamento que fosse pelo ato, pela prática", diz uma usuária do Instituto de Ginecologia. Outra informante dessa mesma instituição sugere a inclusão do aspecto erótico no tratamento: "Daria mais certo se o casal tivesse relação, coletassem o material e depois injetassem de novo, porque aí seria com amor. Não é o mesmo que eu estar em um canto e ele em outro se masturbando. A gente faria tudo com amor. Eu usaria uma camisola especial para fazer nosso filho". Ela faria segredo se precisasse da reprodução assistida, pois receia ouvir: "Seu filho foi feito em hospital". O hospital contrasta com o ambiente amoroso necessário para que o casal gere o filho.

O amor se opõe ao dinheiro, que é material, impessoal e desprovido de considerações de sentimento e moralidade (Schneider, 1968). Houve recusas ao uso de sêmen de doador, pois se estaria comprando o filho, e à gestação substituta, porque seria como comprar um objeto. Uma mulher grávida ofereceu seu bebê a uma usuária do Instituto de Ginecologia, com a condição de que pagassem suas compras e aluguel. Embora o casal quisesse o bebê, eles acharam errado dar dinheiro: "A mãe vender a criança". O casal resistiu a misturar dinheiro e amor, opondo-se a que relações de mercado influam sobre as de parentesco. Esta informante pretende fazer tudo o que estiver a seu alcance para engravidar e, se não der certo, adotará, mas confessa que não resistiria se lhe oferecerem um bebê nas mãos. "O amor é o mesmo. Pai é quem cria". Na sala de espera de um serviço público de reprodução assistida, uma usuária suspirava: "Se me oferecessem um bebezinho... Mãe é quem cria e dá amor". Outra informante do Instituto de Ginecologia fala sobre filhos adotivos: "A diferença é que não saiu de dentro da gente, mas a gente pega amor rápido".

Em pesquisa no Canadá, Williams (1990) analisa a motivação de mulheres que são mães por adoção e buscam a experiência da maternidade biológica por meio da reprodução assistida. Seus motivos são: cumprir o dever de dar filhos ao marido; experimentar a gravidez fisicamente; falta de bebês para adotar com um perfil adequado (brancos, saudáveis e recém-nascidos); por fim, falta de diagnóstico da infertilidade. No contexto brasileiro, diversas candidatas à reprodução assistida tinham filhos adotivos ou cuidavam de criança da família mais ampla. Encontrou-se maior resistência à adoção entre as mulheres que já

tinham filhos biológicos de um primeiro casamento e se julgavam capazes de consolidar a nova união com outros filhos: "adoção é para quem não pode ter filhos" ou "para quem não tem nenhum". O desejo de "um filho dos dois" é o motivo prevalente para a busca da reprodução assistida. Isso impulsiona atitudes de "tentar o meu primeiro e só depois adotar".

As que nunca engravidaram mencionam mais vezes a vontade de sentir a gravidez. Entre as entrevistadas no Instituto de Ginecologia, o motivo mais citado foi o desejo de experimentar a gestação – barriga, dor do parto, amamentação, vínculo afetivo criado na gravidez, filho que saiu de dentro: experiência corporal com valor social. Outros motivos de caráter social para não adotar foram: a recusa do marido, a rejeição do adotado pela família mais ampla, o receio de a "mãe verdadeira" incomodar ou tentar reaver a criança, a impossibilidade de manter o segredo, experiências negativas com crianças adotadas e a burocracia envolvida no processo legal para se obter o filho. Algumas não consideravam a mesma coisa adotar e ter, ou não queriam pegar filhos dos outros. Além da intenção de adotar caso o tratamento não desse resultado, as reações mais freqüentes favoráveis à adoção ressaltavam o amor ("o filho é do coração", "amor se pega rápido", "o amor é igual"), ou negavam a diferença entre os filhos: "É a mesma coisa".

Várias discordam de que o amor por filhos adotados seja igual. Uma informante do Instituto de Ginecologia, baseada em sua experiência de criação pela mãe e pelo padrasto, sem conhecer o pai, afirma: "Amor por filho adotado não é realmente amor de pai, amor de mãe". Outra diz não saber se teria amor por filho adotado. Uma terceira justifica: "Nunca quis adotar. (...) Eu acho que eu não amaria um filho adotado. (...) Eu amo meu filho de paixão, mas um filho dá muito trabalho. Eu não me arrependo porque é meu filho. Se eu tivesse adotado, eu poderia me arrepender: 'Para que é que eu fui pegar esse menino dos outros? (...) Vou devolver'" (Usuária, serviço privado de reprodução assistida, 42 anos).

Essa observação evidencia o contraste entre o parentesco biogenético e o parentesco como código de conduta. O último seria revogável, daí o pensamento de devolver o filho. É a inexorabilidade do laço biogenético como origem da pessoa que faz a primeira informante sempre ter pensado no pai desconhecido. O laço de sangue considerado natural tem o caráter de algo que não se desfaz, ao contrário dos laços socialmente estabelecidos que dependem da escolha pessoal (Schneider, 1968). A dimensão de escolha é um dos pontos que causam desconforto com o processo de adoção:

> *Eu adotaria, se batesse na minha porta. Eu adotaria (...) o filho de uma pessoa muito próxima que não tem capacidade (...). Agora, (...) eu pegar*

*e escolher... Porque eu acho que rola sempre aquela coisa: a pessoa vai querer aquele lourinho bonitinho; ninguém vai querer adotar um pretinho, doente.* (Usuária, serviço privado de reprodução assistida, 34 anos)

## Sangue: um idioma de pertencimento

O sangue abrange características físicas e sociais. Os laços de sangue são símbolos de pertencimento entre pessoas, no caso, das relações de filiação. Esta entrevistada de 42 anos de serviço privado de reprodução assistida fala sobre a semelhança com o filho: "É legal você ver umas coisinhas dele que são suas. Não é só físico, também o teu jeito". Questionada se recorreria à FIV para engravidar, uma usuária do Instituto de Ginecologia perguntou: "Bebê de proveta sai com a cara do pai?". Espera-se a continuidade entre pais e filhos na semelhança física. Outra informante da mesma instituição define a diferença entre adotar e ter: "Ver a barriga crescer, ver se o bebê tem a cara do pai, a cara da mãe".

A falta de semelhança pode gerar suspeita. O filho da parente de uma informante saiu a cara de um ex-namorado, e não do atual companheiro, que registrou a criança. Quando ela engravidou de novo, o companheiro ameaçou "fazer o DNA" dos filhos. Ele "não queria levar gato por lebre". A respeito da solicitação por homens do exame de DNA como prova de paternidade, Fonseca (2004) observa que o teste estimula a vontade de saber, um recurso que homens usam quando querem desatar relações com companheira e filhos. Em pesquisa nas classes populares da Grande Porto Alegre, Fonseca (2002) constata grande demanda de testes de paternidade por mulheres, a fim de assegurar o sustento dos filhos, e por filhos visando a restabelecer o relacionamento com os pais. Vê-se o teste de DNA como prova inconteste de parentesco. Finkler (2001), em pesquisa no contexto mais medicalizado dos EUA, constatou a crença de que os testes de DNA revelam a verdade: as pessoas não podem inventar ascendentes. Explicando a uma usuária do Instituto de Ginecologia sobre o procedimento que gerou o clone Léo na novela *O Clone*, comentei que, embora o óvulo de Deusa estivesse sem núcleo, havia DNA mitocondrial no citoplasma. Ela perguntou: "Se fizer o teste de DNA acusa? Se acusar, a mãe é a Deusa".

As preocupações quanto ao recurso à reprodução assistida relacionam-se à formação do parentesco. Questiona-se a possibilidade de óvulo e espermatozóide virem de terceiros, introduzindo características de desconhecidos na família: "Quando o óvulo e o espermatozóide são do casal, as características da criança vão ser da família do casal. Agora, [se] vem de outro, vai ser

as características de uma outra família que você não sabe como é" – afirmou uma usuária de serviço privado de reprodução assistida, de 32 anos.

Perguntada se aceitaria a doação de óvulos para engravidar, uma usuária do Instituto de Ginecologia da UFRJ devolveu a questão: "De quem vai ser o sangue?". Outra informante indagou: "O filho vai deixar de ser meu?". Uma informante de clínica particular de reprodução assistida recusaria a doação de óvulos, porque impediria a comunhão de substância entre ela e o filho: "Não é da minha barriga, é do meu óvulo. (...) Eu quero ter o filho que é meu, que tenha uma parte de mim, tem meu sangue, tem meu eu, tem meus DNAs." A associação de constituição genética com sangue nem sempre coincidiu. Outra informante do Instituto de Ginecologia perguntou quanto à doação de óvulos: "Vai ser meu filho? Do meu sangue?". Expliquei que o óvulo contendo o DNA viria de outra e indaguei se ela aceitaria ser mãe mediante barriga de aluguel. Ela foi firme: "Não, porque não ia ser do meu sangue, eu ia estar só emprestando o meu óvulo e o do meu marido".

Quando a reprodução assistida exige material germinativo que envolve outros, além do casal, algumas entrevistadas condicionam o uso da técnica à participação de parentes. Uma informante do Instituto de Ginecologia da UFRJ aceitaria doação de óvulos "só se fosse das irmãs (...) É porque está tudo em família". A psicóloga de um serviço conta que uma usuária trouxe a irmã gêmea idêntica para fornecer os óvulos, e alegrou-se pelo fato de terem recusado a doadora, pois poderia "causar problemas emocionais". A embriologista de outro serviço conta que uma paciente insistia para usar os óvulos da irmã, da filha, da mãe. A profissional defendeu o anonimato da doadora, o que permitiria à receptora manter segredo sobre a doação, se desejasse. Advertiu que, em conflitos familiares, uma irmã doadora poderia revelar que a criança era "filha dela [irmã da mãe] com o pai". As posturas antagônicas das usuárias e das profissionais suscitam as questões principais sobre a doação de óvulos entre irmãs. A posição favorável baseia-se na proximidade entre irmãs, por compartilharem a mesma substância e pela pressuposta colaboração entre elas. A posição contrária vê na doação uma ameaça aos relacionamentos existentes (Edwards, 1999).

Perguntada se solicitaria a outra mulher que gestasse o embrião do casal no útero, uma usuária do Instituto de Ginecologia respondeu: "Só se fosse minha irmã. Na minha irmã, eu confio". Espera-se que uma parente tão próxima não recuse entregar a criança ao casal. Outra usuária recorreria às suas tias para gerarem o filho, porém duvidava que elas lhe entregassem o bebê, pois adoravam criança. Ambas pensavam consoante as regras do Conselho Federal de Medicina (CFM), que permite a "doação temporária de útero" apenas entre

parentes próximas da mãe genética e sem caráter comercial. Há convergência entre a resolução 1.358/92 do CFM e as posturas das informantes que pressupõem a colaboração desprendida entre parentes próximas (Edwards, 1999). É difícil explicar para uma interessada por que o CFM considera lícito as irmãs serem gestantes substitutas e por que não permite serem doadoras de óvulos, em vista da cooperação em família. A regra do anonimato dos doadores impede a colaboração entre irmãs para doação de gametas, sugerida por um médico entrevistado e aventada por outros na Inglaterra (Price, 1999).

Ao impor o anonimato dos doadores de gametas, mas não o da gestante substituta, as regras hierarquizam os tipos de parentesco, priorizando o genético como verdadeiro. Talvez esteja em jogo a impossibilidade de esconder a gravidez substituta, situação distinta da doação de gametas. A embriologista citada considera que, no caso de uma mulher doar os óvulos para sua irmã engravidar com o embrião formado com o sêmen do marido da irmã, os fornecedores de gametas seriam os pais verdadeiros. Por que não pensar na gestante que recebeu o embrião de sua irmã e do marido da irmã como a mãe verdadeira? Uma gestante substituta e um doador de gametas teriam em comum a cessão de material reprodutivo sem intenção de procriar para si. Por que o CFM vê de forma distinta a cessão do útero e a doação de gametas, de modo que o primeiro processo deve ocorrer com parentes da mãe intencional fornecedora dos gametas, e o segundo processo exige o anonimato do doador?

Um dos projetos de lei regulamentando a reprodução assistida em tramitação no Congresso Nacional estabelece que os gametas de um doador não se destinem a mulheres diferentes (Diniz, 2003). A regra evitaria casamento consangüíneo inadvertido das pessoas concebidas com os gametas desses doadores. Em caso de novo uso do material do doador, isso resultaria em relações consangüíneas dos filhos de um casal, pois estes teriam os mesmos fornecedores de gametas em sua concepção. Já na Inglaterra, o anonimato na doação de óvulos nem sempre foi obrigatório. Na década de 1980, houve registros de doação entre irmãs e de tentativas de doação de filha para mãe, o que se tolerou em grupos étnicos minoritários (Price, 1999). No exemplo inglês, a mulher estaria satisfeita em receber óvulos da irmã, por preservar a linhagem de sangue (*bloodline*) da família (Edwards, 1999).

Cussins (1998a) relata casos de doação não-comercial de óvulos nos EUA, em que se apresenta uma amiga de mesmo grupo étnico (ítalo-americana, negra). Há casos de filha doar óvulos para a mãe em segunda união, ou em favor da mãe para a gestante substituta, sempre usando sêmen do companheiro da mãe intencional. No Brasil, o médico entrevistado que sugeriu a doação entre irmãs afirmou a necessidade de fazer “uma investigação a fundo” para

uma doadora anônima. Ele não admite uma doadora que "você não sabe de onde é que vem", em contraste com o recurso a bancos de sêmen, pois "já sabe os cuidados que eles têm na preservação desse sêmen". Em geral, não se questiona o anonimato do doador de sêmen para o casal receptor, mas há sugestões de revelar a identidade à pessoa gerada que chega à maioridade.[7] Seria uma questão de oferta e demanda, com regras do anonimato mais flexíveis para a doação de óvulos, por estes constituírem um bem escasso, ou há representações de gênero em jogo? A despeito da "continuidade genética" da família, não se pensa em doação de sêmen entre irmãos, o que sugeriria infidelidade, ferindo a "honra masculina" (Aragão, 1983) ou causando conflitos dada a competitividade masculina para reprodução (Edwards, 1999). O único exemplo semelhante encontrado no contexto das novas tecnologias reprodutivas é a sugestão de transplante de testículos entre parentes de primeiro grau, a fim de manter a continuidade genética de uma família em caso de infertilidade masculina (Luna, 2002a).

### "Pai e Mãe É quem Cria": a escolha e a ordem da lei

Algumas informantes do Instituto de Ginecologia passaram pela experiência de "criar" o filho do companheiro, de pessoas da família ou de fora. Uma delas disputou na Justiça a guarda da filha da irmã, que criava como sua. Outra informante e seu marido criaram por um tempo os filhos de uma mulher que havia se separado, mas ela tomou as crianças de volta: "Ela chegou, levou e não deu nem obrigado". Indagada se não pensara em entrar na Justiça, ela negou: "Mãe é mãe", invocando a perenidade do laço de sangue.

Uma terceira informante criava a filha do marido, mas a mãe da menina a quis de volta. Ela resolveu "ter um filho meu mesmo, que ninguém possa tomar de mim". A revogabilidade do arranjo é um dos temores que envolvem as transações com crianças. A expectativa de que o filho "dela mesmo" ninguém possa tomar funda-se no caráter perene imputado aos laços "naturais" de substância biogenética (Schneider, 1968). Fonseca (1995) relata casos semelhantes do ponto de vista de ambas as mães: a adotiva e a genitora que deixou seus filhos para outros cuidarem, mas julga manter direitos sobre eles. Além do valor dado aos laços de consangüinidade, existiria idealização intensa do vínculo com a mãe biológica.

A ambigüidade dos laços 'naturais' quando as tecnologias de procriação envolvem o recurso à doação de óvulos ou à cessão temporária de útero desperta o receio de que a relação se desfaça. Perguntadas se recorreriam a uma gestante substituta que receberia o embrião do casal e depois devolveria o

bebê, várias informantes responderam: “Não, é muito complicado. Acontece igual à novela, e a mulher não quer dar o filho”.[8] A reação desta informante do Instituto de Ginecologia é similar quanto a aceitar a doação de óvulos: “Não, porque a mulher ia dizer que o filho era dela, e ia ser uma batalha sem fim”. Depois da explicação sobre o anonimato do doador, ela mudou de idéia, uma reação comum.

As soluções para o impasse são semelhantes às apresentadas para a adoção. A informante que havia disputado com a irmã a guarda da filha na Justiça diz por experiência própria: “Para pegar para criar, a criança tem que ser bebê e a ‘mãe verdadeira’ se afastar”. Costa (1988) assinalou a necessidade de evitar relações com a mãe ou família de origem na “adoção à brasileira” realizada com o auxílio de uma mediadora.[9] Fonseca (1995) observa o mesmo em situações em que a mãe adotiva não é parente da genitora. Na etnografia de Ragoné (1994) sobre arranjos comerciais de maternidade substituta nos EUA, considera-se desejável que, após o nascimento, a mulher que deu à luz a criança evite o casal. Um médico, em palestra sobre métodos de reprodução assistida, assinalou entre as dificuldades de um programa de doação de óvulos a garantia do anonimato da doadora, pois em uma clínica pequena é difícil evitar que esta e a receptora se conheçam. Na esfera do direito, Leite (1995) afirma que o princípio de anonimato visa a impedir o estabelecimento de qualquer vínculo entre o doador e a criança oriunda do processo. Para Salem (1995), a ênfase está no encobrimento do doador. Os bancos de sêmen – ou a equipe médica, no caso da doação de óvulos – administram o anonimato do doador, armazenando as informações que o identificam e que poderiam refazer o vínculo desfeito pelo anonimato. Já o segredo sobre a doação de gametas – e mesmo sobre a reprodução assistida – é uma estratégia do casal.[10] Salem (1995) sustenta que a exigência de anonimato ou segredo sobre a mãe biológica ou sobre os doadores de gametas se relaciona à percepção de que os laços socialmente estabelecidos são intrinsecamente frágeis, em contraste com os naturais.

A exigência do anonimato fundamenta-se na imagem do doador como um terceiro interferindo na relação do casal. Uma informante do Instituto de Ginecologia justificava que o marido não aceitaria doação de sêmen, pois “ele tem ciúme até da sombra”. Outra usuária da mesma instituição recusaria recorrer a uma gestante substituta que recebesse os embriões formados com o óvulo dela e o esperma do marido, porque teria ciúme do esperma do marido na barriga de outra mulher. Em ambos os exemplos, a circulação de substâncias germinativas não abala os laços parentais, mas a relação conjugal sofre pela existência de um terceiro. Arranjos propostos na reprodução assistida questionam a prática de anonimato: apresentar irmãs ou amigas para doadoras. Várias

entrevistadas rejeitariam a doação de sêmen por não conhecerem o doador, recusando engravidar de um estranho.[11]

Invoca-se a intenção de ter o filho para defender práticas que envolvam material reprodutivo de terceiros. Tal é a abordagem do direito sobre a decisão do casal no consentimento informado (Leite, 1995). Essa postura em relação à reprodução conjuga idéias tradicionais de parentesco fundado na procriação e na natureza com a dimensão de escolha dos envolvidos, que é característica da ideologia individualista moderna (Strathern, 1992b).

Analisando o recurso à inseminação com doador por casais de lésbicas, Hayden (1995) afirma que se atribui o poder gerador à "co-mãe" (*coparent*) quando esta participa da decisão de gerar e criar o filho. Hayden relata casos de inseminação caseira com sêmen de amigo homossexual, ou em contexto medicalizado com doador anônimo. Há modalidades diferentes do projeto de procriação: a escolha de pessoa amiga para participar, recusando o anonimato, ou recorrer a um doador anônimo cujo papel masculino seria minimizado pela falta de contato físico. Um exemplo brasileiro retrata a relação de co-parentalidade de um casal lésbico.[12] Um casal de mulheres planejava ter um filho e comprou sêmen de bancos do exterior pela Internet. Pouco depois, a dupla se separou. A que adquiriu o sêmen constituiu outra união e sugeriu à nova companheira que tivessem o filho, oferecendo-se para a inseminação. A companheira atual aceitou a proposta, mas exigiu a aquisição de outra amostra de sêmen, pois o adquirido era "o filho da outra". O casal já tem um filho, e agora a companheira que não engravidou pretende recorrer ao sêmen do mesmo doador para que os filhos do casal sejam irmãos consangüíneos. Mais uma vez, tem-se aqui a dimensão da escolha (se o casal decide conjuntamente ter filhos, ambas são mães) e a dimensão da natureza (o reforço da união da família por meio da consangüinidade dos filhos).

A maioria dos médicos resiste a atender um casal homossexual. As regras do CFM tolhem a escolha, ao impor o anonimato dos doadores ou exigir parentesco entre a mãe genética e a que cede o útero para a gestação. Uma médica negou a solicitação de um casal de lésbicas: "Elas queriam que uma cedesse os óvulos – esses óvulos seriam inseminados com o espermatozóide de um doador – e os embriões fossem colocados na outra". O pedido não se enquadrava na doação de óvulos, que deve ser anônima, nem seria aceito como cessão temporária de útero, segundo as regras do CFM, pois a pretendente a receber o embrião "não teria nada a ver com aquela criança e não teria vínculo nenhum biológico com qualquer que fosse com a doadora do óvulo". Essa justificativa não se baseia simplesmente na idéia de "procriação natural" (mulheres juntas não são um par procriativo), mas se relaciona com a interpretação da Resolução

1.358/92 do CFM, que estabelece regras sobre o que é aceitável na intervenção médica para a reprodução assistida. Impediu-se o casal de mulheres de gerar junto um filho, por meio da reprodução assistida, de uma forma que ambas tivessem comunhão de substância com a criança gerada, uma por dotação genética e outra pela gravidez; há exemplos dessa prática nos EUA (Luna, 2002c).

Do mesmo modo que na procriação sem assistência médica, o casal de mulheres era o par que havia escolhido uma à outra para uma relação amorosa e geração de filhos. O projeto de filhos dotados de relação biológica com o casal homossexual suscita a busca pela reprodução assistida. As regras da reprodução assistida têm o casal heterossexual como modelo, e este jamais sofreria impedimento de alcançar a gravidez por meio da transferência do gameta de um membro do par para o útero do outro membro. As regras que impõem o anonimato de doadores – indesejável para o casal de lésbicas apenas quanto aos óvulos – visam a um contexto que não prevê a apropriação das técnicas com outra intenção que não o tratamento da infertilidade. A solicitação do casal de maternidade conjunta por meio da contribuição do óvulo de uma e a gestação da outra se relaciona a “fatos naturais” do parentesco ocidental, isto é, a transmissão genética e o parto (Strathern, 1992b), não se enquadrando nas definições de doação de gametas nem de gestação substituta.

É explícita a tensão entre regras do CFM, que se pretendem fundadas na Natureza, com as tecnologias de procriação, que podem aperfeiçoar a Natureza desde que se mantenham fiéis a seus parâmetros (Hirsch, 1999). De um lado está a reprodução ‘natural’ heterossexual, e de outro está a possibilidade de fundar a reprodução em escolhas. Há tensão entre a afirmação da natureza como a ordem moral e a ordem social que se impõe sobre a natureza por meio de escolha, desejo, direito. Trata-se da polaridade entre determinação e vontade (Salem, 1995).

Em certas circunstâncias, dá-se ênfase aos laços sociais. A médica, após explicar a uma paciente do Instituto de Ginecologia da UFRJ seu quadro de esterilidade, a aconselha a adotar: “Ser mãe não é ter barriga, é criar e dar amor”. A prioridade dos laços revela-se quando a mesma médica comunica a outra paciente, que está tentando ter filhos na segunda união, sobre a pequena chance de uma cirurgia de reversão de laqueadura tubária dar certo: “Ser mãe não é ter barriga. Ser mãe é cuidar da criança. Seu marido é o pai dos seus filhos. Claro que ‘não é pai genético, biológico, mas é pai’”. A última observação frisada indica que a parentalidade social seria uma variedade mais fraca da relação.

O aspecto social é relevante quando se pensa em legalizar a relação de filiação. Uma gestante ofereceu o bebê a uma usuária do Instituto de Ginecologia

da UFRJ. A informante não aceitou porque "queria uma coisa legalizada, e não de boca. (...) Não quero ninguém na minha porta fazendo confusão". A legalidade da relação de filiação tem implicações no uso de técnicas experimentais. Dr. Roger Abdelmassih, em sua palestra "Manipulação genética e reprodução assistida", comenta sobre o transplante de citoplasma, técnica que visa a rejuvenescer óvulos por meio da injeção de citoplasma de gametas de mulheres jovens em óvulos das mais maduras. No transplante, também se transferem mitocôndrias, organelas que contêm DNA, o que implicaria haver no embrião DNA mitocondrial da doadora, além do DNA dos pais intencionais fornecedores de gametas. O médico alerta a paciente sobre a possibilidade de uma porção ínfima do DNA da doadora ficar no óvulo. Está implícita a interpretação de que a contribuição genética de duas mulheres implicaria a existência de duas mães genéticas, conforme denúncia da imprensa sobre a técnica (Luna, 2002a). O médico conclui: "São os advogados que definem quem é filho de quem", subordinando o parentesco dito natural à determinação social.

Contratos para gestação substituta são exemplos da definição social do parentesco. No Congresso Brasileiro de Reprodução Humana, em 2002, uma médica entrevistada anunciou o primeiro registro legal brasileiro de criança nascida por meio de cessão temporária de útero (barriga de aluguel), em que se registrou a criança com o nome dos "pais biológicos", isto é, os pais intencionais genéticos, fornecedores dos gametas. Mantendo uma linguagem do direito referente à adoção que dissocia a parentalidade biológica e a socioafetiva (Leite, 1995), os médicos chamam a mãe intencional, fornecedora do óvulo, de "mãe biológica". Quando o óvulo vem de outra, alguns informantes observam que a gestante "não tem nada a ver com a criança".

A negação do laço estabelecido pela gestação como vínculo biológico indica a redução do biológico ao genético, constituindo também um dos aspectos da genetização do parentesco (Strathern, 1992b, 1998). A Resolução 1.358/92 do CFM permite a "doação temporária de útero", "desde que exista um problema médico que impeça ou contra-indique a gestação na doadora genética". Além de proibir que a prática tenha "caráter lucrativo ou comercial", a regra define quem poderia ser a gestante substituta: "As doadoras temporárias do útero devem pertencer à família da doadora genética, num parentesco até o segundo grau, sendo os demais casos sujeitos à autorização do Conselho Regional de Medicina". Ao interpretar essa regra, permite-se que irmã, mãe, filha, prima, tia e sobrinha cedam o útero para a mãe genética. No Brasil, houve casos entre irmãs e entre tia e sobrinha (Luna, 2002b).

No exemplo citado pela médica, a mãe genética recorreu à irmã do seu marido (sua cunhada) para a gestação substituta. Levando o protocolo de

consentimento informado de ambos os casais (os 'pais genéticos' e a cunhada e marido) e a declaração de nascido vivo da maternidade, a mãe genética fez a petição diretamente ao juiz da corregedoria do Juizado da Infância e da Adolescência para que este, e não o cartório, expedisse a certidão de nascimento com o nome dos pais genéticos. A médica considera uma conquista "a Justiça brasileira reconhecer que a criança era filha dos pais biológicos". Trata-se de um rito de instituição com o poder de "agir sobre o real ao agir sobre a representação do real" (Bourdieu, 1996: 101). O rito fez reconhecer como legítima e legal a relação de parentalidade dos provedores dos gametas, em detrimento da declaração de nascido vivo da maternidade, que nomeava como pais a parturiente e seu marido, conforme a tradição jurídica de estabelecer a maternidade pelo parto, com presunção de paternidade do marido (Leite, 1995). A gestante substituta não ser parente genética da mãe não foi obstáculo.

Assessores jurídicos da clínica interpretaram que a regra do CFM estabelecia "parentesco de primeiro ou segundo grau" da mãe genética, e "a lei brasileira não especifica no parentesco o sangüíneo e o afim". O casal não quis a via da adoção, nem subterfúgios (declarar nascimento em casa e apresentar testemunhas), mas solicitou um processo legal. No procedimento jurídico da França, a gestante substituta entrega a criança ao casal que a planejou, e a mulher do pai adota a criança (Leite, 1995). Se um ou os componentes do casal contribuíram com gametas, a lei inglesa trata o filho como de "ambos" e dispensa o procedimento de adoção usado antes (Strathern, 1991).

Evoca-se o caráter de contrato com respeito às relações que envolvem a gestação substituta. Uma informante do Instituto de Ginecologia destaca que existe "parceria" (*sic*) entre a gestante e a fornecedora do óvulo. Comentando a novela *Barriga de Aluguel*, ela defende que o filho era daquela que "pagou e fez o contrato. O direito era dela. (...) A barriga de aluguel deveria dar a criança, porque houve o acordo". Outra usuária da mesma instituição destaca o caráter racional e deliberado do acordo na cessão de útero, em contraste com a personagem Deusa da novela *O Clone*, que foi enganada: "A barriga de aluguel faz um acordo. Deusa fez um investimento, um procedimento para o filho ser dela".

O acordo de cessão de útero pode envolver mais do que o casal e a gestante substituta: o contrato deve incluir o companheiro dela, pois, devido à presunção de paternidade, este se compromete a abster-se de relações com ela durante o tratamento até a confirmação da gravidez (Ragoné, 1994). A sobrinha de uma entrevistada ofereceu-se para gestar um filho em seu favor, em acordo com o marido. O marido da sobrinha, que se dá bem com o esposo da entrevistada, disse a ela: "Para o F. 'você dá'. Para o F. você faz, não tem

problema não" (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 37 anos). O marido da portadora da criança escolhe como interlocutor não o casal ou a fornecedora dos óvulos, mas o homem fornecedor dos gametas, aquele a quem endereça a criança (centro das transações). A troca de dádiva mostra as relações de gênero implicadas e a necessidade de companheirismo entre os homens envolvidos para que haja um acordo de substituição gestacional em família.

### Gravidez como Criação

Strathern (1991) fala das disparidades de "encorporação" (*embodiment*) do processo reprodutivo no homem e na mulher, o que traz conseqüências para o parentesco no contexto das tecnologias conceptivas. Considerando o sistema de parentesco do Ocidente, a contribuição genética bilateral na constituição da criança à primeira vista garantiria a paridade de pai e mãe no aparentamento.

A contribuição em gametas de ambos os pais aparenta paridade, o que contrasta com os diferentes tipos de "desencorporação" necessários para se obter gametas femininos e masculinos para FIV ou para ICSI. A dificuldade de obtenção do óvulo é a mesma em ambos os processos, mas a obtenção dos gametas masculinos para ICSI pode ser difícil em casos de vasectomizados, que necessitam de punção do epidídimo ou outra técnica de aspiração testicular (Abdelmassih, 1999; Luna, 2002a). Na gravidez ocorre a "encorporação" literal da criança dentro da mãe, o que marcaria maior participação materna na formação do bebê e, por extensão, na relação de parentesco devido à dotação genética e à gestação/parto (Strathern, 1991).

Segundo Iacub (2000), a tentativa de criar regras igualitárias na legislação francesa sobre reprodução esbarra na desigualdade dos dados biológicos: mitifica-se a gravidez como um objeto inegociável. Por isso, representa-se a gestação substituta comercial de forma negativa: "É como na prostituição, que a mulher vende o corpo", opinou uma usuária do Instituto de Ginecologia. Nos EUA, na década de 1970, ocorrem os primeiros nascimentos de crianças por meio da inseminação artificial de gestantes substitutas contratadas, com a expansão de agências de intermediação na década de 1980. No início da década de 1990, houve a transição da gestação substituta por inseminação para as portadoras dos embriões do casal com a FIV (Ragoné, 1994).

Uma entrevistada recusaria o auxílio de uma gestante substituta: "Praticamente quem vai ser mãe é a menina, a pessoa que está o sangue dela ali. É ela que vai pegar amor, tudo na criança. Ela vai me dar uma coisa já pronta, como se eu fosse lá e comprar um objeto" (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 34 anos). A rejeição se baseia em dois pontos: o caráter da

transação, em que se recebe um produto acabado; a ausência do amor, que viria pelo sangue com a gravidez. Um médico defende a doação de gametas para proporcionar a experiência de gravidez: “Ela quer ter barriga e peito grande para dar de mamar. Só se consegue com gravidez”. Segundo ele, a doação de gametas seria diferente da adoção porque se pode escolher: “Você quer com barriga ou sem barriga?”. Um médico comenta sobre uma moça que desistiu de ser gestante substituta em favor da própria irmã, com receio de criar vínculo durante a gestação: “Nove meses com os nenéns no meu útero. Eu sentindo eles mexerem, ouvindo o coraçãozinho, e depois saber que eles não são meus”.

Laços entre mãe e filho não se estabelecem apenas por dotação genética. Algumas priorizam o vínculo obtido durante a gestação, considerado mais verdadeiro do que a maternidade genética. Uma informante do Instituto de Ginecologia, referindo-se à novela *Barriga de Aluguel*, considera mãe a que gestou: “A mãe é a que botou para fora. (...) Estava na barriga dela. Ela é que sentiu as dores e viu a barriga crescendo. Cada enjôo, cada dorzinha, cada colicazinha. Mas a outra não sentiu nada! Só por causa do óvulo dela?”.

A dor do parto pode ser um momento de definição da maternidade. Perguntou-se a uma informante do Instituto de Ginecologia se tanto fazia engravidar ou adotar, e ela respondeu: “É melhor você ter para sentir a dor. Aí você é mãe depois de sentir o gostinho”. Outra usuária da mesma instituição afirma: “A mulher tem que sentir a dor. Pegar o filho ‘criado’ não é a mesma coisa”. O elogio à dor do parto como rito de passagem necessário era comum entre informantes das classes populares, o que desconcertava os graduandos de medicina vindos de camadas médias. A gravidez é processo de criação do qual a mãe participa ativamente: a usuária queria tentar o bebê de proveta “para ver o corpo se modificar durante a gravidez. É diferente de pegar o bebê já pronto. (...) Ia ver o corpo ‘delatar’ (*sic*), também os peitos. (...) Aceitaria doação de óvulos porque ninguém ia saber que não era meu. Eu é que ia ter e amamentar” (Usuária, serviço público, 38 anos).

A recepção das novas tecnologias reprodutivas pode implicar um novo olhar sobre processos como a gravidez, antes descrita como fato natural. Uma informante do Instituto de Ginecologia justifica a concordância em receber a doação de óvulos: “É a mesma coisa que pegar para criar, com a vantagem de nascer da própria barriga”. Equipara-se o processo de gestação ao cuidado da mãe adotiva pela criança, na ausência de laços genéticos. Segundo Cussins (1998a), em algumas instâncias se assimila a gestação ao cuidado que se tem pela criança após o nascimento. Socializa-se o natural em uma cadeia de transações de significados entre o natural e o cultural. Outra informante da mesma

instituição destaca o caráter social da gravidez, rejeitando ironicamente a doação de óvulos: “Minha barriga iria crescer, mas não teria nada de meu. Seria o mesmo que adotar, mas teria a satisfação de ver a própria barriga crescer. Uma satisfação para mostrar à sociedade que pode engravidar”.

Valoriza-se função materna de ‘gerar’ o bebê na barriga, com destaque para a troca de substâncias: da alimentação aos sentimentos. Uma usuária do Instituto de Ginecologia fala da gravidez em *Barriga de Aluguel*: “Ela deu amor. Ela se tratava para ele ser sadio. Tudo o que ela comia ia para ele”. Outra crê na transmissão de temperamento na gestação:

> *Qualquer coisinha eu explodia ou eu chorava muito. (...) Durante minha gravidez, morreu uma amiga num acidente de carro. (...) O mundo se acabou para mim, acho que é por isso que meu filho chora hoje. Ele chora por qualquer coisinha. (...) Acho que eu passei isso para ele durante a gravidez.* (Usuária, serviço privado de reprodução assistida, 42 anos)

Um médico do serviço privado fala da importância da alimentação da gestante para a constituição do bebê como comunhão de substância entre a mãe gestacional e o feto:

> *Se nascer um filho saudável, aquela mãe deu vida a ela. Aquela mãe tem participação no crescimento daquela criança. Ela não é geneticamente. Mas tem sangue dela. Tem proteína dela que entrou ali. Ela comeu a proteína que se transformou nela e deu (...) para aquela criança.* (Médico)

Constata-se que o compartilhar de substância entre parentes não se reduz à conexão genética. Analisando a comensalidade na constituição de relações de parentesco entre os malaios, Carsten (1995) assinala que o comer junto começa no útero antes do nascimento.

### Trocas e Circulação de Substâncias Germinativas

Substâncias germinativas de pessoas de fora do casal circulam nas transações com gametas e de cessão de útero. Recomenda-se a doação por justificativas clínicas: “Um casal que tem azoospermia que você não encontra o espermatozóide nem no testículo. Homens que têm alterações genéticas importantes, que não podem usar o sêmen dele, preferem não usar” (Médico). As razões para doação são a falta do gameta ou risco de transmissão de doenças genéticas. A gestação substituta é recurso para útero inexistente ou com alterações impeditivas de gravidez, e para contra-indicação clínica de gravidez. As transações fomentam a criação de vínculos de parentesco mesmo sem conexão genética. Pode-se considerar a vontade de procriar como a agência para o parentesco (Franklin, 1997): “Essa criança foi gerada pela vontade dela (...),

ela recebeu um embrião. Mesmo na clonagem, eu acho que a mãe seria quem gerou ou quem fosse criar (...). Mesmo que biologicamente a pessoa fosse toda diferente", diz o embriologista.

As tecnologias de concepção permitem a circulação de substâncias germinativas para fora do casal, constituindo diferentes configurações de procriação, além de suscitar novas figuras de parentesco (embriões congelados, mães portadoras, doadores de óvulo e sêmen, mediadores médicos da reprodução). Muitas pessoas, informadas da necessidade de recurso à reprodução assistida, fazem perguntas reveladoras das incertezas que cercam o parentesco. O marido de uma usuária do Instituto de Ginecologia tinha dúvidas se o espermatozóide dele seria usado no caso de FIV. Uma funcionária de um serviço público de reprodução assistida atendia telefonemas, explicando como funcionava o tratamento: uma das candidatas perguntou se o filho seria dela e do marido, e outra indagava se poderia ter filho sozinha. Esse tipo de pergunta é comum. Algumas usuárias de reprodução assistida ouviram questionamentos sobre o filho gerado ser ou não do marido: "Muita gente perguntava para mim se o pai era meu marido. (...) Muita gente me perguntou se o espermatozóide era do meu marido. (...) Teve tias dele que chegou a perguntar também" (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 37 anos).

A ausência da relação sexual para a concepção e o manuseio de gametas fora do corpo para a concepção, o que facilitaria a troca, estão na origem dessas perguntas, pois a entrevistada expusera como se fazia a FIV: "Explicava que tirava o meu óvulo, tirava o espermatozóide dele". A entrevistada continua: "Teve tia que perguntou, mas realmente que um é loiro e o outro é moreno: 'Então é um de cada pai'. Aí ele falou: 'Não é um de cada pai. Eles só têm um pai'". A aparência diferente dos filhos gêmeos indicaria múltipla paternidade. A sogra dessa entrevistada ouviu comentarem: "'Eu acho que não é filho do V'. (...). Eu falei: 'Mas o V. foi lá tirar o sêmen. 'Ele foi lá. Só tem que ser filho dele'". Ela atestou a legitimidade dos filhos de seu filho pela certeza da contribuição com o sêmen.

Muitos crêem que a contribuição com gametas, portadores da constituição genética, é a base da parentalidade, o que fundamenta a recusa da doação: "Doaria o meu filho? Não doaria. Doaria a minha carga genética para alguém?", disse uma enfermeira, equiparando óvulo e "carga genética" a um filho. O raciocínio é o cerne do debate sobre a doação de gametas. Em termos jurídicos, o doador de gametas abriu mão irreversivelmente de sua constituição genética em favor de outros (Leite, 1995). A corporificação diferente dos gametas acarreta conseqüências distintas para homens e mulheres doadores: pode-se congelar o sêmen, o que permite afastar doador e receptor tanto geográfica quanto temporalmente (Tamanini, 2003). É ineficaz congelar óvulos,

por isso os ciclos da doadora e da receptora são sincronizados e ocorrem ao mesmo tempo e na mesma instituição. Além do anonimato na doação de óvulos, evita-se contar para a doadora se a receptora engravidou. A curiosidade surge na doação compartilhada de óvulos, quando a receptora paga o tratamento da doadora e recebe metade dos gametas, se houver produção mínima de sete óvulos.[13]

No VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida, em 2002, dois especialistas renomados discutiram a recomendação aos casais receptores de contar aos filhos sobre a geração com gametas doados. O médico que sugeria revelar a doação previa que no futuro próximo "o DNA estará no RG das pessoas, e a pessoa saberá que não é filha dos pais". O outro especialista contestou: "Ela pariu, ela amamentou, e vai dizer que ela não é mãe?". E contrastou esse modo de geração com a adoção: "A mulher que recebeu o bebê recebe um produto pronto e vai transformar esse bebê em cidadão. Na doação de óvulos, ela recebe oito células, esse bebê deve tudo a ela. Ela vai enjoar, vai sentir o bebê dentro dela".

O debate envolve dois referenciais biológicos de maternidade e parentesco: a contribuição genética e a gestação, e requer explicitar "o que é biológico na maternidade biológica" (Strathern, 1998: 195). A definição da maternidade pelo parto favoreceria a mulher que recebe doação de óvulos, ao passo que um teste de DNA comprovaria o vínculo da mãe intencional fornecedora do óvulo, em detrimento da gestante. Com as tecnologias conceptivas, fragmenta-se a unidade do papel fisiológico materno na geração (Strathern, 1992b): uma mulher pode fornecer o gameta, a outra ceder o útero, uma terceira amamentar e a última ser a mãe social (criar). As convenções sociais definem a mãe verdadeira (Strathern, 1991). O debate também se refere à identidade de pessoa em termos físicos: oito células (um embrião), ou o DNA?

As tecnologias de procriação permitem contato entre substâncias germinativas e órgãos da reprodução em laboratório ou consultório médico, inclusive com possibilidade de troca (Luna, 2001b), o que suscita a desconfiança ou o gracejo. Uma usuária laqueada do Instituto de Ginecologia, encaminhada para FIV, preferia engravidar novamente mediante a reversão de laqueadura, pois vira casos na televisão em que "usam outro óvulo ou espermatozóide, e o bebê nasce sem o DNA da pessoa". Uma entrevistada brinca com a troca de material no laboratório: "Se viesse um japonês, o erro não era meu. (...) Se vier um lourinho, um japonês, a culpa não é minha. A culpa é do médico que errou. (...) Trocou o embrião. (...) Eu não traí o meu marido" (Usuária, serviço privado de reprodução assistida, 34 anos). Ela brincou dizendo que, se houvesse troca do material germinativo, com o filho nascendo diferente dos pais, não poderiam acusá-la de infidelidade.

Algumas informantes opuseram-se à doação de gametas, relacionando-a a adultério. Uma usuária do Instituto de Ginecologia rejeitaria a doação de sêmen: “Não, porque é pecado e também porque o esperma não ia ser do marido, então não ia adiantar. Isso seria adultério e fornicação”. Diante da objeção de que não há adultério sem relação sexual, ela foi taxativa: “Não ia ter, mas ia ter o esperma de outro homem dentro de mim”. Na mesma instituição, outra informante recusaria a doação de sêmen e a gestação substituta, com raciocínio similar: “Daria problemas no relacionamento, tanto com o esperma do marido na barriga de outra mulher como com o esperma de outro na barriga dela. Na hora da briga, um poderia jogar na cara do outro. Prefiro o equilíbrio: nenhum dos dois ter e adotar”.

Uma usuária do Instituto de Ginecologia da UFRJ reagiu à possibilidade de receber doação de óvulos: “É do meu marido e não é meu. É de outra pessoa. Olha a traição incubada”. A traição “incubada” ou virtual, porque realizada sem o ato sexual, preocupou algumas. O “adultério tecnológico” (Stolcke, 1998) realizado na comunhão de substância entre doador e o cônjuge do receptor definiria o ato ilícito, com a técnica substituindo a conjunção carnal. O contato com a semente de alguém externo ao casamento geraria desequilíbrio na relação, o que justifica a preferência pela adoção, pois o casal se iguala: nenhum dos dois procria. Outra informante do Instituto de Ginecologia impõe condição para aceitar a doação de óvulos: “Desde que o marido nunca tivesse tido nada com ela” (a doadora). A postura de valorizar a inexistência do ato sexual como condição para aceitar a doação de óvulos diverge da posição em que se equipara a doação de gametas ao adultério. A percepção de infidelidade escapa das definições estritas. Uma entrevistada, que gerou o filho por meio de FIV, aceitaria que o marido tivesse filhos com outra, permitindo a seu próprio filho ter irmãos.

> *M – Se ele fizesse um filho com alguém e trouxesse para morar e eu criar, eu criaria, apesar de ser contra a adoção. Mas aí é o filho do meu marido, o irmão do meu filho.*
>
> *Naara – Aí ele pode ter bebê de proveta com outra pessoa.*
>
> *M – Se ele fizesse bebê de proveta com outra pessoa? Aí não. Aí já é demais!* (Usuária, serviço privado de reprodução assistida, 42 anos)

Fazer reprodução assistida com outra seria infidelidade maior do que ter relações sexuais, o que inverte o senso comum sobre adultério. Engajar-se no tratamento evidenciaria mais a força do laço conjugal do que uma relação adúltera acidental que gerasse filhos.

As relações de parentesco se confundem pela aplicação das tecnologias de procriação. Uma usuária do Instituto de Ginecologia brincou com a irmã de seu marido que ela poderia servir de substituta na gestação, mas reconsiderou: "Acho que não pode, porque você é irmã dele e vai gerar o filho do seu irmão, seu sobrinho". A insinuação de relações incestuosas torna a prática reprovável. Segundo Strathern (1999b), a conotação incestuosa surge mesmo sem o ato sexual, porque parentes, irmão e irmã, cada qual como indivíduo, integram a mesma rede de relações. A gestante, tia da criança, poderia ser identificada a sua mãe. A proibição do incesto relaciona-se à circulação de fluidos entre os corpos que põe em contato substâncias idênticas (Héritier, 1994). Irmão e irmã partilham da mesma substância que a gestação substituta colocaria em contato.

Cussins (1998a) analisa um caso em que a irmã serviu de substituta gestacional para o irmão e sua esposa. Os envolvidos concluíram que só haveria relações incestuosas se houvesse contato entre os gametas dos irmãos. Segundo Cussins, podem-se considerar relevantes certos estágios na concepção e nascimento de uma criança, e estes integram a configuração do parentesco, ou considerar outros estágios irrelevantes e ignorá-los (1998a). A interpretação do laço genético como relevante para o parentesco em detrimento da gravidez permitiu não considerar relevante e incestuoso uma irmã gestar o filho de seu irmão. Integrando os estágios para concepção e nascimento na configuração de parentesco, outra usuária da mesma instituição apresentou visão pluriparental ao comentar a novela *Barriga de Aluguel*: "Ambas se sentiam mãe: uma por ter gerado, outra por ter doado o óvulo e o esperma do marido".

Na doação de gametas, é imperativo compatibilizar as características físicas do doador com as do receptor. Uma usuária do Instituto de Ginecologia aceitaria doação de óvulos de uma pessoa parecida fisicamente com ela, para que o filho não ficasse diferente dos pais. Uma profissional de serviço de reprodução humana encarregada de organizar o projeto de um banco de sêmen pediu dicas para caracterizar o fenótipo dos doadores. Sua dificuldade era classificar os "nordestinos". Outra informante do Instituto de Ginecologia candidatou-se à doação compartilhada de óvulos em clínica particular. Respondeu a uma bateria de questões sobre sua saúde e ouviu que sua aparência era excelente (morena clara com cabelos castanhos lisos e olhos castanhos). Quando a encarregada da seleção descobriu que a mãe da candidata era negra, o interesse terminou. A psicóloga de outro serviço de reprodução humana achou justificável a exclusão da candidata: as pessoas querem ter filhos parecidos com elas, mesmo recorrendo à doação de gametas.[14]

Salem (1995) designa a prática de compatibilizar características físicas dos doadores e dos receptores de "manipulação social das origens genéticas",

uma tentativa de mimetizar o parentesco biológico convencional. A legitimidade das relações de parentesco engendradas pelas tecnologias reprodutivas pressupõe a proximidade com as relações de parentesco de origem genética. A falta de semelhança entre a criança concebida por doação de gametas e seus pais pode revelar o segredo da doação, com o risco de se tachar a filiação de ilegítima. Exige-se compatibilização de características físicas nem sempre identificáveis visualmente: "Casar desde tipo sangüíneo, até toda a sorologia dessa paciente. Casar o ciclo, casar fenótipo, cor de olhos, cor de cabelos, tipo sangüíneo, porque é uma opção da paciente não querer contar para a criança depois, se ela conseguir a gravidez, quem é a mãe, quem é a doadora" (Embriologista).

Costa (2003) observa que a semelhança fenotípica substitui simbolicamente a transmissão de genes. A autora atribui justificativas médicas para o critério de semelhança imunológica, em contraste com a semelhança "fenotípica", que visaria a evitar problemas familiares no tocante à mistura de raças. Uma médica fala da importância da compatibilidade do tipo sangüíneo entre doadores e receptores, por causa dos conteúdos ensinados na escola, o que indica que a busca de semelhança imunológica se dá também para evitar trair o segredo da doação para os filhos: "O tipo sangüíneo é essencial (...). Qualquer criança na escola que aprende o tipo sangüíneo genético chega em casa e pergunta: 'Pai, qual é o seu? Mãe, qual é o seu?', porque ela vai cruzar. É a prática que ela aprendeu na escola. E a maioria desses casais não fala da doação" (Médica).

Divulga-se a biologização da identidade e do parentesco por meio dos programas escolares de ciências. A escolha de características ultrapassa a compatibilidade de aparência física: catálogos de bancos de sêmen incluem atributos 'sociais' para aproximar o casal do doador:

> *Existem características de personalidade, e a religião é mais colocada para ter uma idéia de personalidade do doador. Mas não que isso obrigatoriamente seja uma característica que os casais dêem muita importância. Até existe listada. Cor de olhos, cor de cabelos, cor de pele, musculatura, religião, raça, existe isso lá. Muito mais para que o casal consiga se aproximar do doador. (...) Profissão,* hobby. (Médico)

A descrição nos catálogos de características do doador, não apenas físicas, mas sociais, naturaliza tais traços (Cussins, 1998a). Interpreta-se a qualidade das substâncias germinativas como índice de atributos não só físicos, mas morais de seus fornecedores. A médica de um serviço de infertilidade explicava à paciente sobre a necessidade do espermograma: "O exame é para ver se o espermatozoidezinho que está no líquido dele consegue chegar até o seu útero. Não é para ver se ele é homem ou se é brocha. É só para medir

espermatozóides”. Na compreensão do exame, estão subjacentes os valores de gênero masculino: virilidade e potência. A simbólica de gênero associada à masculinidade se explicita na advertência ao casal que ia fazer inseminação intra-útero. O médico alertou sobre a pequena probabilidade de êxito, porque o último espermograma feito imediatamente antes do procedimento apresentou alterações: “É como ir para a guerra sem armas”. Nessa imagem de gênero masculino se associam fertilidade e belicosidade.

A doação de sêmen ameaça mais o papel masculino na reprodução do que a doação de óvulo ameaça o papel feminino. Na opinião de uma entrevistada do Instituto de Ginecologia, é mais fácil a mulher aceitar a doação de óvulos que o homem a de sêmen: na doação de esperma, “o homem ia ficar cismado de que o filho não é dele. Na doação de óvulos a mulher não fica cismada, porque a gravidez é dela”. Ao associar a gestação com a maternidade e a contribuição da semente com a paternidade, repete-se a antiga concepção monogenética de parentesco (Delaney, 1986; Strathern, 1995a). A doação de óvulos garante o papel tradicional materno, ao passo que, na doação de sêmen, o doador substitui o papel masculino na paternidade.

De modo geral, na reprodução assistida, existe ambigüidade do papel masculino. Uma das psicólogas de serviço público de reprodução assistida fazia uma pesquisa com casais na fila de espera para FIV: os maridos referem-se a mal-estar, sentindo-se alijados do processo. As tecnologias de procriação substituem o ato sexual, fato relacionado à ambigüidade da posição do parceiro no tratamento: o papel do gênero masculino na reprodução é inseminar pelo ato sexual, fornecendo o gameta, ao passo que o papel feminino relaciona-se mais ao gestar (Delaney, 1986; Strathern, 1995a). Se o modelo monogenético de parentesco tem peso nas representações acerca da reprodução, na reprodução assistida a contribuição masculina minora, pois é o médico quem introduz os gametas na mulher na inseminação, ou transfere os embriões formados no laboratório. Um embriologista fala: “Então eu tenho que usar o máximo possível [de embriões] para engravidar essa paciente”. Sugerindo imagens de paternidade, ele representa sua participação para a formação dos embriões:

> *Parecem meus filhos, eu fico super ansioso para saber como está, se desenvolveu. (...) Quando não se desenvolve, até eu fico triste. (...) Fui um dos pais ali, porque... eu brinco, mas, queira ou não, eu fui o primeiro a ver o menino ou menina... o primeiro a ver o embrião. E você sabe que você tem uma parte bem significativa no processo todo.* (Embriologista)

Essa reação contrasta com o relato da fase experimental da FIV humana na França, em que Testart (1995) fertilizava óvulos com o próprio sêmen, sem

o objetivo de transferência. Ele via a comprovação de fertilidade, sem referência a vínculo paterno. O papel do corpo médico de reprodução assistida intervindo na "confecção" dos filhos se explicita nos comentários: "Um hospital público não vai 'fazer um bebê' se não é do pai e da mãe" (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 37 anos).

No caso das mulheres solteiras que buscam a inseminação com doador, não há casal, e o papel masculino fica vago, pois a pessoa do doador é ausente. Nessa perspectiva, Strathern (1995a) analisa o mal-estar dos médicos diante do pedido de inseminação por mulheres solteiras sem experiência sexual: eles ocupam aí a posição masculina de fazer o filho. Uma ginecologista atuante apenas em tratamento convencional de infertilidade usou uma expressão na qual coloca a si mesma no papel paterno: "Ela vai me adorar, porque eu fiz ela engravidar". Em palestra, um especialista em reprodução humana criticou um colega que aparecia muito na mídia mostrando a eficácia de sua clínica: "O médico que faz sucesso, porque diz que engravida todo mundo. Toma a postura de Deus". Quando a mídia divulgou a gravidez de certa celebridade após tratamento na clínica do palestrante, houve grande afluxo de pacientes dispostas a tudo para engravidar. Ele contou: "Se eu mandasse ficar de quatro, ela ficava". Tanto a expressão corrente entre os profissionais "médico que engravida mulher" quanto a comparação do engajamento da paciente no tratamento com uma posição sexual que sugere submissão demonstram o caráter masculino do papel do médico na reprodução assistida, implicada na representação de paternidade como "aquele que faz filho".

O papel de inseminador, mesmo por meio de um instrumento, tem peso simbólico na procriação. Percebe-se a importância dessa atribuição no exemplo da inseminação caseira de uma lésbica por sua parceira (Hayden, 1995). Valoriza-se essa função também em contexto medicalizado. No Brasil, o médico do casal de lésbicas citado ofereceu a seringa para a companheira injetar na outra durante a inseminação. Considerando que o papel masculino na procriação é inseminar ou doar o gameta, ao passo que o papel feminino se liga à gestação, no contexto da gestação substituta a fornecedora de óvulos assume a posição estrutural masculina de participar da procriação apenas contribuindo com o gameta (Luna, 2002b; Strathern, 1998; Roberts, 1998).

É possível representar as substâncias germinativas dos membros do casal como uma só. Uma informante contou ao marido sua intenção de doar óvulos. Ele discordou, porque não "ia distribuir os filhos dele por aí". Ela não conseguiu convencê-lo de que a contribuição com os gametas dela não implicaria a transmissão de traços hereditários do marido.

## A Rede de Parentesco do Clone

Como as informantes do Instituto de Ginecologia da UFRJ compreenderam a trama de parentesco que enredava o clone Leo, personagem da telenovela de Glória Perez? Dado o grande sucesso do folhetim, algumas entrevistadas que faziam tratamento de reprodução assistida no mesmo período foram questionadas por pessoas conhecidas se o procedimento era igual à clonagem: "Porque veio essa novela *O Clone*, aí bagunçou a cabeça de todo mundo. (...) Ficava todo mundo achando que era uma clonagem" (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 29 anos). Outra usuária de serviço público de reprodução assistida (37 anos) repete as palavras de sua sobrinha: "Você tem coragem? É um clone". "Não, não é um clone", retrucou.

A entrevistada da primeira citação estava se submetendo a ciclos de inseminação intra-uterina no período da novela e explicou que teria de passar para FIV, caso não houvesse êxito, despertando em sua família a confusão com clonagem. Outra entrevistada atribuía as perguntas sobre seu marido não ser o pai dos filhos ao fato de na novela a personagem ter recorrido à doação de sêmen: "Acho que por causa daquela novela também que ela teve filho que não era do... Que o marido tinha problema... do *Clone*. (...) O marido tinha problema, então ia pegar o espermatozóide de outro. Então acho que foi por causa disso que o pessoal achava que era... que era de outro" (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 37 anos).

A facilidade com que se resolvem os problemas nas tramas televisivas foi alvo de comentário desta usuária do Instituto de Ginecologia: "Nas novelas sempre há solução: a mulher engravida, tem bebê de proveta e agora até clone". Entre telejornais que anunciam inovações científicas como imediatamente à mão e as telenovelas que criam enredos em torno de tais novidades, dilui-se a separação entre ficção e realidade, entre a fantasia e o possível. Uma entrevistada acreditava que a técnica já se realizara: "Me deram um papel explicando sobre a clonagem. Tem médico que está fazendo a clonagem. Tem um telefone. Aqui em São Paulo" (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 36 anos). A percepção de que o procedimento já teria se concretizado se difunde em vários meios. Durante palestra do dr. Roger Abdelmassih, "Manipulação genética e reprodução assistida", no Instituto dos Advogados de São Paulo, indagaram-lhe se em sua clínica havia um embrião humano clonado. Ele esclareceu que o referido embrião se formou quando espermatozóides fertilizaram óvulos fabricados pela técnica de haploidização de células somáticas, procedimento distinto da clonagem.

Uma das entrevistadas (serviço público de reprodução assistida, 37 anos) criticou a novela: "É muita mistificação". Perguntada se usaria a técnica para

ter filhos, ela recusou, porque seria "um filho sem pai". A despeito disso, achava vantagens na técnica: "Um casal que não tiver espermatozóide e quiser usar uma célula, eu acho que é viável. Agora, para uma mulher ter filho sozinha, eu acho que não... Sem o espermatozóide, aí não...". Essa entrevistada discorda do uso da clonagem para reprodução de uma linhagem de mulheres, um temor que, segundo Costa (2001), teria sido veiculado pela imprensa quando divulgaram o nascimento da ovelha Dolly. Por outro lado, a idéia dessa informante expõe um projeto semelhante ao do especialista em reprodução humana Severino Antinori de formar bebês por clonagem para casais, anunciado em janeiro de 2001. A proposta era clonar homens inférteis, usando o óvulo da esposa destes, o que garantiria uma presença mínima de herança genética materna pelo DNA mitocondrial do citoplasma do óvulo para a constituição do embrião. Haveria a transferência do embrião para o útero da esposa do homem clonado (Antinori, 2001). O projeto é exemplo do empenho da pesquisa científica em concretizar o parentesco biogenético (Luna, 2002a), mas aqui se repete o modelo monogenético.

Na entrevista com 47 usuárias do Instituto de Ginecologia da UFRJ também tentei averiguar a compreensão sobre as relações de parentesco decorrentes da formação do clone Leo. Indagava quem era o pai dele e a mãe dele. Em seguida, explicava o funcionamento da técnica de clonagem por transferência nuclear e perguntava se a posição da entrevistada se mantinha. Uma vez feito o primeiro turno de perguntas, era possível avaliar a compreensão da trama com base no que elas acompanhavam, suas percepções de parentesco e teorias da concepção. Com a explicação da técnica, eu pretendia confrontá-las com uma versão mais próxima do saber biomédico, para ver que reflexo esta teria em suas respostas. No fim da explicação, eu desenhava um esquema representando o processo de fertilização em que óvulo e espermatozóide se juntam, cada qual contribuindo com 50% (ou metade) da carga constituição genética para a formação do embrião. Em seguida, eu desenhava um esquema da clonagem por transferência nuclear. Mostrava que usaram um óvulo de Deusa do qual extraíram o núcleo, restando menos de 1% do DNA (o mitocondrial) dela no citoplasma. Eu contava à entrevistada que a esse óvulo enucleado de Deusa se adicionava uma célula com 100% do DNA de Lucas (a célula somática).

As razões declaradas para considerar Leônidas o pai foram o fato de ele ser o pai do Lucas e a célula ter saído do filho dele, e a genética (ou genes, características físicas). A despeito de a trama da novela não apontar Lucas como o pai, esta foi a opinião de um número significativo de usuárias, que justificavam sua convicção com o fato de que se retirara uma célula ou um

pedaço dele para se fazer a clonagem. O raciocínio em geral volta-se para uma teoria de parentesco baseada na substância comum entre pais e filhos (Schneider, 1968), substância essa representada por DNA ou genes, mas também pela contribuição para a concepção por meio de esperma ou, no caso, de uma célula somática. As que olharam para além da contribuição imediata com material para a concepção viram o laço de paternidade preexistente entre Leônidas e Lucas como critério para definir o primeiro como pai de Leo. Algumas negaram a existência da relação de paternidade, invocando a falta de esperma e a criação em laboratório.

Quase dois terços das entrevistadas consideraram que Deusa era a mãe, e menos de um terço achou que era Iolanda, mãe de Lucas. Iolanda foi identificada como a mãe de Leo por ser também mãe de Lucas e por causa da genética. As partidárias de Iolanda alegaram que Deusa foi só barriga de aluguel, apenas gerou ou carregou. As justificativas para considerar Deusa a mãe foram: a gravidez, a contribuição com o óvulo, sua intenção de ter o filho e o engano na clonagem, a criação e o amor pelo filho. Um informante resume como é ambígua a condição de mãe da personagem: "Deusa é mãe porque pariu, mas o filho não veio dela". Destaca-se a compreensão da gravidez como um processo social: "Para Deusa o filho era do sangue dela, e não adotado", disse uma que a considerou a mãe de criação. A oposição entre mãe gestacional e mãe genética, já encontrada nos casos de cessão temporária de útero e de doação de óvulo (Strathern, 1998; Luna, 2002a), se retrata nas que reduzem o papel de Deusa a uma barriga de aluguel. A questão, porém, é mais complexa, porque Deusa efetivamente forneceu os óvulos para a experiência de clonagem.

Após a explicação, diminuiu a divergência das opiniões sobre o pai. As que passaram a acreditar em Leônidas argumentaram que ele era o pai de Lucas e a herança genética de Leo era a mesma de Lucas e veio do pai dele, ou que 50% do DNA eram dele. Já o argumento das que mudaram para Lucas foi que 100% do DNA eram dele, então ele seria o pai. É interessante que o dado da explicação, ao localizar a origem imediata do DNA na célula, fez várias entrevistadas mudarem de idéia, inclusive encampando uma posição contrária à noção de parentesco duogenético ocidental, segundo a qual metade vem do pai e metade da mãe. Assumiram uma versão da antiga noção de parentesco monogenético, segundo a qual o pai fecunda e a mãe gesta, nutre e dá à luz (Strathern, 1995a). Das que passaram a defender Iolanda, a principal justificativa era que o óvulo de Deusa não tinha o DNA dela (retirado na técnica) ou que a quantidade de DNA era insignificante; outras, por sua vez, justificaram que Iolanda dera 50% do DNA do Lucas e, se este deu 100% do DNA ao clone, ela era a mãe. Das que passaram a defender Deusa, o 1% de DNA vindo dela foi argumento.

Embora a narrativa da novela não favorecesse a percepção do vínculo entre Lucas e Leo como o de pai e filho, várias entrevistadas fizeram essa interpretação com base na idéia de comunhão de substância entre pai e filho efetivada na doação de material (célula) para a clonagem. “Tirou foi do irmão. Quem é o pai do Leo? Para mim é o próprio irmão” (Usuária de serviço público de reprodução assistida, 37 anos). A explicação mais técnica do procedimento causou principalmente a adesão a essa idéia, mesmo com a advertência de que na fertilização o pai contribui com 50% do material para o filho, e não com 100%. A explicação biomédica, no caso do pai, contribuiu para fazer convergirem as opções das entrevistadas em torno de Leônidas e Lucas, diminuindo a indecisão. Tendeu-se a ver na “concepção” de Leo a participação masculina na formação do embrião – até porque era um clone masculino –, mais do que a enxergar ali a ausência de pai, posição também presente.

No tocante à reflexão sobre quem seria a mãe de Leo, a explicação biomédica diminuiu o consenso em torno do nome de Deusa. Algumas, por considerarem muito pequena a contribuição genética de Deusa, deixaram de considerá-la a mãe. Outras viram a participação no DNA mitocondrial como mais um indício de que ela seria a mãe, já que no procedimento de transferência nuclear em si só participaram células dela (o óvulo) e de Lucas, sem contribuição imediata de outra possível genitora. A despeito das possibilidades inovadoras de concepção propiciadas pela biotecnologia, a tendência das entrevistadas foi analisar a relação de parentesco valendo-se de esquemas já conhecidos, considerando a conexão de substância biogenética com o DNA ou outra conexão de substância por meio da gravidez. Houve também uma posição minoritária, que reduzia a gravidez ao papel social de criação dos filhos, enfatizando a conexão biogenética em detrimento da gestação. Agrega-se a gravidez à tarefa de criação dos filhos como dimensão social da maternidade (Cussins, 1998a). Não se percebe o vínculo da gestação como biológico e se reduz o biológico ao vínculo genético (Strathern, 1998), nas afirmações de que Iolanda era a mãe “biológica” (*sic*).

O clone da novela se insere em uma densa rede de relações. As mulheres que assistem à novela reconhecem aspectos passíveis ou não de criar relações de parentesco: a conexão genética, a gestação, a intenção de ter o filho, o amor dado a ele. O mesmo traço pode fundamentar posições divergentes: considerar a participação de Deusa com o DNA mitocondrial insignificante para configurar a relação materna, ou vê-la como o critério que, somado a outros, irá defini-la como mãe. Cussins (1998a) fala da configuração de teias de parentesco baseada no reconhecimento de vínculos como relevantes ou do apagamento desses laços. Segundo Strathern (1995b), nem todas as relações biogenéticas podem ser ativadas como sociais.

No experimento etnográfico de explicar o procedimento da clonagem por transferência nuclear em linguagem próxima da biomédica, por outro lado, evidenciou-se para algumas a dificuldade em ver a conexão genética para além dos indivíduos que contribuíam diretamente com suas células. Por isso tantas passaram a considerar Lucas e Deusa como pais depois de ouvir que o material usado na experiência havia saído diretamente dos dois.

Edwards e Strathern (2000) mostram que, na concepção ocidental de parentesco, quanto mais houver elos de mediação, mais se considera o parentesco diluído. Julga-se o vestígio biológico muitas vezes insuficiente para configurar parentesco, se não há um pai ou mãe ativo e intencional. O fato de Leônidas estar vivo e batalhando para conseguir fazer reconhecer o vínculo de paternidade com Leo o fez ser bastante lembrado, em contraste com sua esposa morta antes da experiência de clonagem, mas que teria contribuído tanto quanto ele geneticamente.

Nesse sistema comum de símbolos de parentesco, o amor é um termo central, seja o amor manifesto fisicamente na substância comum biogenética ou na gravidez, seja o amor como criação, decisão de cuidar. De modo geral, o conceito de parentesco se confirma como um híbrido do natural e do social (Strathern, 1992b). A dimensão da escolha, do direito, do desejo de ter filhos de determinada forma e com determinado parceiro não afirma o lado puramente social, pois tais escolhas, muitas vezes, se dão para se conformar aos ditos "fatos da natureza", como a transmissão genética ou a gravidez e o parto. Dificilmente há uma exclusão completa dos "fatos naturais", mas uma tentativa de conciliação entre estes e a escolha mediada pela técnica. As atribuições de sentido natural e social transitam nesse mundo do parentesco. Enquanto uns julgam a gestação um processo social em contraste com a transmissão genética, outros consideram natural o desejo de ter filhos. Naturalizam-se características sociais, como profissão, religião, nível de instrução, quando passam a qualificar o sêmen de um doador. Em contrapartida, tenta-se mimetizar o processo natural, conseguindo doadores tão semelhantes biologicamente aos pais intencionais quanto possível. Se o parentesco ocidental era um símbolo de relações naturais, a intervenção tecnológica sobre a natureza do parentesco é tamanha, que dificilmente se julga a natureza como base imutável da realidade. A 'natureza assistida' por tecnologias desestabiliza a idéia de natureza no sentido de dimensão da vida da qual a intervenção, o artifício, está ausente. Tal idéia de natureza é a base de nossa cosmologia.

## Pessoa

O ensaio de Mauss (1974b) "Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do 'eu'" é o texto clássico na antropologia para a discussão da categoria de pessoa, conforme afirmam Carrithers, Collins e Lukes (1985). Andrew Strathern (1996) assim resume a tese do ensaio: idéias do *self* e da pessoa são socialmente construídas e variam historicamente. Em seu ensaio de "história social das categorias do espírito humano", Mauss (1974b) conclui que a noção do *self* em termos de personalidade consciente seria um fenômeno universal. Além disso, um vasto número de sociedades tem a noção de personagem e de papel desempenhado em dramas sagrados e na vida familiar. No Ocidente, a noção de pessoa é um fato fundamental do direito, ganhando com os clássicos latinos um sentido moral, além do sentido jurídico, de "ser consciente, autônomo, livre e responsável" (1974b: 233). A dimensão metafísica de "pessoa moral" surge com o cristianismo, a unidade das naturezas da pessoa tendo por referência os debates sobre a unidade das três pessoas da trindade. Entre os séculos XVII e XVIII, surge a "categoria do eu", em que se centra a pessoa na consciência individual.

La Fontaine (1985), recuperando o debate antropológico sobre o tema, faz a seguinte distinção: o ser humano, na qualidade de organismo biológico, é um "indivíduo" – pode-se acrescentar o indivíduo empírico no sentido de Dumont (1997). O *self* seria a consciência de si como identidade. "Pessoa" constitui um complexo de relações sociais, um termo técnico que abstrai características e papéis em relações sociais da realidade empírica. La Fontaine conclui que o conceito de pessoa se liga ao problema da relação entre indivíduo (empírico) e sociedade, sendo por isso comum a todas as sociedades. Pode-se formular a relação entre indivíduo e sociedade, que é constitutiva da noção de pessoa, assim: todo ser humano vem ao mundo já situado em um campo de relações sociais; tornar-se pessoa é uma questão de reunir essas relações em estruturas da consciência (Ingold, 1990).

No tocante às novas tecnologias reprodutivas, uma nova categoria de pessoa emerge: o embrião extracorporal criado por FIV ou ICSI (Strathern, 1992b), cujo desdobramento mais recente é a criação de embriões humanos clonados e mesmo o anunciado, mas não comprovado, nascimento de bebês clonados (Luna, 2001a, 2002a). Se, conforme afirma La Fontaine (1985), as representações da sociedade de si mesma e a natureza da autoridade na sociedade dão forma característica a noções de pessoa, a análise do modo pelo qual se atribui a condição de pessoa ao embrião e a controvérsia com a criação de uma

nova categoria de pessoa, o clone humano, revelarão importantes valores de nossa sociedade. De que modo tais categorias de pessoa emergentes da prática científica se relacionam com a "categoria do eu", centrada na consciência individual (Mauss, 1974b)?

Nesse modelo interiorizado de pessoa próprio do Ocidente, baseia-se boa parte da reflexão antropológica e sociológica sobre o tema (Goffman, 1959, Hughes, 1971). Assim, segundo Hughes (1971), as sucessivas fases de vida do ser humano em "nossa sociedade" (EUA e aqui, por extensão, as sociedades complexas do Ocidente moderno) tendem a ser definidas por suas relações com o mundo da escola e do trabalho. Em se tratando de um embrião extracorporal, as fases do ciclo de vida começariam da interação de células em laboratório, em uma posição aparentemente mais próxima de objeto e não do sujeito de interações que assume papéis sociais.

Simmel (1971: 228), discorrendo sobre cultura subjetiva, expõe um dos sentidos de "natureza" que contribui para a reflexão sobre pessoa: a natureza é uma fase específica do desenvolvimento do sujeito em que ele embrulha seu próprio potencial ("*The phase in which it enfolds its own potential*"), a qual termina quando uma vontade mais inteligente e dotada de propósitos toma essas forças e leva o sujeito a uma condição que ele não poderia alcançar por si mesmo. O cultivo de si implica a transformação latente no potencial estrutural da natureza desse sujeito. A noção de potencialidade constitui um dos pontos-chave do debate sobre a condição do embrião.[15]

A discussão sobre o estatuto do embrião relaciona-se à concepção de pessoa humana dotada de corpo e alma, isto é, de um princípio material perecível e de outro imortal (Strathern, 1996). Segundo Schmitt (1998), no pensamento do cristianismo medieval, tais componentes não surgiriam simultaneamente: o feto, "uma forma completa de ser humano", é animado, isto é, recebe a alma, no ventre materno.[16] A recepção de Aristóteles por Tomás de Aquino no século XIII permite uma abordagem "naturalista" do corpo, em que matéria e espírito são princípios consubstanciais de uma totalidade de "alma encarnada" e "corpo animado" (Schmitt, 1998). São Tomás de Aquino analisa de que maneira o processo de concepção ocorre e se realiza a geração animal.

Segundo Luijino Miungi, Aquino quer demonstrar que não se transmite a alma dos pais para os filhos. O embrião é um ser independente, com alma e vida própria, não sendo parte da substância da mãe ou algo que opera pelo poder do sêmen do pai. O sêmen é a causa eficiente da geração que modela o sangue menstrual feminino. Nessa primeira etapa do processo, modela-se a alma vegetativa com matéria feminina. A vida do embrião seria como a vida de uma planta. Na segunda etapa, forma-se a alma sensitiva pelo poder do sêmen.

Corrompe-se a alma vegetativa, que é sucedida pela sensitiva, e o embrião passa a viver uma existência animal. Com a corrupção da última, Deus infunde a alma racional. A alma é a forma substantiva de um ser vivente, havendo apenas uma em cada etapa (Miungi, 1999). Então a alma se une ao corpo humano apenas em estágio mais avançado do desenvolvimento. Essa descrição revela algumas características da condição do embrião: sua composição dupla de corpo e alma e sua individualidade em relação aos pais.

O debate sobre o aborto na história da Igreja católica é um meio para se acompanhar a evolução do estatuto atribuído ao embrião humano. Segundo Hurst (2000), na literatura penitencial da Alta Idade Média, no *Código de Direito Canônico* (primeira compilação em 1140) e na *Teologia*, se encontra a teoria da hominização posterior, segundo a qual, antes da entrada da alma racional, princípio atualizador da forma substancial, haveria apenas o potencial do corpo como matéria primeira. Havia penitências diferentes para o aborto, conforme realizado antes e depois da hominização, com punições associadas às regras contra fornicação.

No século XVII, o médico Paolo Zacchia defende pela primeira vez o argumento de que a alma racional estaria presente desde a concepção. A despeito disso, a posição da Santa Sé se mantém a mesma até 1869. No século XIX, aparecem posições em defesa do embrião como vida potencial. Em 1864, o teólogo jesuíta Jean Gury afirma que o feto, mesmo sem receber a alma, caminha para a formação de um ser humano; logo, sua expulsão seria um homicídio. Em 1869, o papa Pio IX declara o aborto como homicídio, idéia incluída no *Direito Canônico* de 1917. Apenas no século XX afirma-se explicitamente o conceito de proteção do embrião desde a concepção, o que é designado de "direito à vida" e tem por pressuposto a hominização imediata (Hurst, 2000).

A legislação sobre aborto desenvolve-se com base em raciocínio semelhante ao que fundamentou mudanças na doutrina católica. Na Inglaterra, apenas em 1803 decretou-se uma lei que punia o aborto exercido tanto antes como depois do *quickening*, isto é, a fase em que a mulher sente os movimentos fetais; as leis anteriores puniam apenas o aborto posterior a tal fase (Fyfe, 1991). Apesar de se haver ampliado a definição do crime para abranger a gestação inteira, a punição para abortos anteriores ao *quickening* é bem mais branda do que para tentativas após esse período. Da mesma forma que a hominização com entrada da alma, isso indica uma visão gradualista de atribuição do estatuto de pessoa. Esse ponto é explícito na lei inglesa de 1929 que pune com maior severidade o aborto cometido a partir da 28a semana, estabelecendo aí a viabilidade da "criança" (*sic*). Fyfe (1991) identifica no desenvolvimento da legislação o processo de perda da definição e controle da gestação

por parte da mulher, bem como a separação explícita do feto em relação à mulher quando o *quickening* deixa de ser a referência, substituído por noções médicas de viabilidade. No debate sobre a descriminação do aborto voluntário na imprensa brasileira, grande peso está no tema do início da vida e da condição a ser atribuída ao feto; outro ponto de interesse refere-se a quem cabe a decisão sobre o ato (Ardaillon, 1997).

Leal e Lewgoy (1995) constatam diferentes tipos de ontologias referentes à condição de pessoa do embrião humano empregadas no debate sobre o aborto. Há uma ontologia substancialista que baseia a proteção do embrião em um critério biológico de presença da pessoa humana desde a concepção. Na versão religiosa mais antiga dessa ontologia, a alma passa a existir nesse momento. Uma versão laica dessa ontologia substancialista identifica o estatuto jurídico de pessoa humana no esboço genético do indivíduo contido no seu genoma. Há também uma ontologia relacional, em que a garantia de direitos a seres humanos incompletos depende do arbítrio da comunidade, por faltar ao embrião o atributo da racionalidade.

Uma variação dessa ontologia relacional está na reflexão feminista sobre estatuto de pessoa do embrião proposta pela teóloga feminista Marjorie Reiley Maguire (*apud* Junker-Kenny, 1998). Segundo Maguire, o estatuto de pessoa do embrião começa quando a “mãe faz uma aliança de amor com a vida em desenvolvimento dentro dela para levá-la ao nascimento” (*apud* Junker-Kenny, 1998: 63). A teóloga defende que a eliminação ou experimentação nos “óvulos fecundados” não seria imoral, pois “não há pessoas flutuando em tubos de ensaio”. A socialidade seria o aspecto fundamental do ser pessoa: não basta o lado biológico para garantir o início da condição de pessoa. A análise de práticas abortivas das mulheres das camadas populares brasileiras (Leal & Lewgoy, 1995) revela, por um lado, um princípio de condenação do ato como pecado ou crime com base na versão religiosa (católica) dessa ontologia de pessoa. Por outro lado, a estratégia de não reconhecimento da existência de um embrião quando não se reconhece o atraso menstrual como gravidez é uma abordagem relacional que abre espaço para o uso de chás ou medicamentos abortivos.

Cabe contrapor essas ontologias substancialistas e relacionais de pessoa com as fases de desenvolvimento da interpretação do *self* no Ocidente analisadas por Taylor (1985). Na primeira fase, ganha-se a personalidade quando se chega a um papel de interlocutor que existe em certo espaço social; na segunda fase, a condição humana consiste em estar em relação com um espaço, ou ser interlocutor de uma divindade de forma “deslocalizada” (exemplo do cristianismo antigo); na última fase, interioriza-se a condição de pessoa e o espaço de

revelação do eu é interno. Taylor (1985) considera também que tal visão interiorizada se transpôs em forma materialista ou biológica.

Contrapondo as fases propostas por Taylor (1985) com a análise de ontologias substancialistas e relacionais de Leal e Lewgoy (1995), percebe-se um processo de transformação da noção de pessoa, em que se passa de uma concepção relacional de pessoa para uma concepção substancialista. Tais ontologias substancialistas baseadas na fisicalidade fazem parte do desenvolvimento de idéias sobre pessoa afinadas com noções vindas da natureza e da biologia, tais como o modelo de sujeito moderno e livre baseado no direito natural, classificações naturalistas na psiquiatria e na criminologia, além do pensamento evolucionista que encaixa o ser humano entre as espécies naturais (Duarte, 1983). A assimilação da noção de memória nas concepções de hereditariedade genética integra essas idéias biologizantes (Jacob, 1983).

Segundo Le Breton (1995), no individualismo ocidental moderno, herdeiro de dualismos que opõem corpo e alma, existe uma ambigüidade entre ser ou ter um corpo. Há uma tendência marcante nos saberes biomédicos a perceber esse corpo cada vez mais em termos de uma realidade física que subsume outro plano como a mente, o espírito ou a cultura.[17] Esse tipo de representação se liga ao traço evolucionista da cosmologia ocidental em que o ser humano se diferencia do animal (Viveiros de Castro, 1996). Apenas a partir do iluminismo a biologia (o corpo estável e a-histórico) passa a ser tomada como a realidade (Laqueur, 1992). É nesse sentido que o antropólogo Tim Ingold (1990), em artigo em que se propõe a abrir diálogo entre antropologia e biologia, diz buscar a "realidade" da pessoa, não a sua representação (grifo do original). Segundo Ingold (1991), o discurso ocidental se caracteriza pelo fundamento ontológico que separa um mundo interno, de mente e sentido, e um externo, de matéria e substância. A criança é, desde o início, biologicamente um ser humano, mas para tornar-se pessoa precisa elevar-se da condição de organismo pelo processo de socialização. Está sob análise o modo como se atribui o estatuto de pessoa a algo ainda no estado de organismo de poucas, ou mesmo uma só célula, como embriões criados dentro do corpo ou no laboratório por meio de FIV, ICSI ou clonagem em suas variedades: na fissão gemelar, com a cisão do embrião, ou na transferência nuclear seja de célula adulta seja de célula embrionária.

Franklin (1991) afirma que os grupos antiaborto na Inglaterra afastaram-se da retórica segundo a qual toda vida humana seria sagrada porque criada por Deus, substituindo definições religiosas da vida por definições biológicas. Assim, a condição de pessoa do feto não está mais na posse de uma alma, mas na posse de um corpo e um genótipo humanos. O feto constitui um agente individual separado da mãe. Tecnologias visuais (câmeras no interior do

útero, ultra-sonografia) constroem essa imagem do feto separado, definindo-se sua condição de pessoa de modo a-social, com base em fatos naturais. A construção do feto como pessoa potencial e individual se vale de um raciocínio teleológico, baseando-se em conceitos de força vital biológica e de determinismo genético, de modo que, na concepção, seu curso de vida já estaria mapeado geneticamente. A individualidade do feto mostra-se tanto no conceito de viabilidade, como na distinção entre embrião e pré-embrião. A biologia torna-se base para a construção cultural de categorias sociais (Franklin, 1991).

Se o debate sobre a condição de pessoa do embrião se origina em discussões sobre a licitude do aborto, as novas tecnologias reprodutivas suscitam a questão a partir de outros ângulos, em função das possibilidades crescentes de intervenção em embriões vivos criados em laboratório. O conceito de pré-embrião, designando a fase anterior ao surgimento da linha primitiva, abre espaço para experimentação com esses embriões até o décimo quarto dia após a fertilização, um interesse da comunidade científica inglesa (Strathern, 1992b; Franklin, 1999; Salem, 1997). Uma embriologista, integrante do comitê elaborador do relatório Warnock, formulou o conceito posteriormente (Mulkay, 1997). As recomendações do relatório são referência no debate que envolve as tecnologias reprodutivas e o estatuto do embrião para as áreas de bioética (Comitê Nacional de Bioética, 1997), do direito (Soares, 1991; Diniz, 1994; Mestieri, 1997) e para a doutrina da Igreja católica, campos que estão em diálogo com suas teses, acatando-as ou recusando-as.

Essa construção de categorias sociais sobre a base biológica é patente mesmo no campo religioso.[18] Na análise dos documentos do magistério católico sobre as tecnologias de procriação, dos quais o principal é a *Instrução sobre o Respeito à Vida Humana Nascente e à Dignidade da Procriação*, evidencia-se a conjugação de noções filosófico-teológicas de ordem natural criada por Deus (uma formulação de São Tomás de Aquino) com a doutrina jurídica do direito natural, calcando-se a argumentação em dados da biologia (fatos naturais). A fim de fundamentar e justificar suas posições, o magistério católico mescla diferentes concepções de natureza e de natural, o que favorece o entendimento da argumentação em termos fisicalistas, como se a lei ética natural estivesse subordinada à causalidade da natureza, da biologia (Luna, 2002c). Nesse sentido, Conklin e Morgan (1996) mostram a tendência nos Estados Unidos de buscar marcadores fixos estruturais da condição de pessoa, marcadores estes provenientes da biologia ou da natureza.

A doutrina da Igreja católica, a legislação e a bioética definem o embrião como pessoa (Salem, 1997; Luna, 2001b, 2002c) ou, mais especificamente, conforme a representação de pessoa moderna, o indivíduo como valor (Dumont,

1992, 1997). No direito, seja tomando o nascimento como referência (Spolidoro e Martins *apud* Luna, 2001b), seja no estágio de embrião (Callioli, 1988; Rizzardo, 1991), a condição de pessoa se estabelece em função de marcos físicos "naturais", correspondendo ao indivíduo. Também na bioética (Comitê Nacional de Bioética, 1997), a discussão do estatuto do embrião humano tem o indivíduo como modelo com ênfase na individualidade biológica e em condições anátomo-biológicas mínimas para o estabelecimento da racionalidade (Luna, 2002c). Documentos do magistério católico refutam o conceito de pré-embrião, enfatizando a presença do DNA desde a fecundação e a continuidade do desenvolvimento embrionário para afirmar a condição de pessoa com base no marco natural da concepção (Luna, 2002c).

Salem (1997) analisa os argumentos segundo os quais se atribui ou se nega o estatuto de pessoa ao embrião: o primeiro diz respeito à sensibilidade do embrião, sinal da emergência dos primórdios do sistema nervoso central com a placa neural por volta do 22º dia. Seria o primeiro indício da qualidade racional da espécie humana. O décimo quarto dia, no entanto, é adotado como marco preferencial do estabelecimento da condição de pessoa, em primeiro lugar porque assinala o término da fase de implantação do embrião no útero materno, mas principalmente por indicar o fim do estágio indiferenciado do embrião, com a formação da linha primitiva, uma estrutura correspondente ao primórdio da medula espinhal. A partir da emergência dessa estrutura, é possível falar em individualização do embrião, por este não poder mais se dividir em dois ou se fundir a outro. Mesmo nas posições gradualistas, segundo as quais a condição de pessoa emerge com o desenvolvimento, invocam-se marcos estruturais físicos para definir o estatuto do embrião ou feto. Esse tipo de definição demonstra a biologização da identidade, pois se definem em termos biológicos até critérios relacionais: o vínculo entre a mãe e o embrião surge como o processo de nidação (Salem, 1997). A atribuição da condição de pessoa ao embrião com base em critérios biológicos desconecta e oculta as relações sociais, em particular as de parentesco, representando-o como um ente desprovido delas. Um acirramento desse processo está na definição da identidade não só de pessoa humana, mas também individual, com base nos genes que corporificariam a verdade essencial.

## O Destino dos Embriões

Atribui-se o estatuto de pessoa ao embrião com base nas características metafísicas oriundas do campo religioso (presença da alma) e nas características físicas geralmente discriminadas pela biomedicina, em um debate que confronta

os especialistas das várias áreas (filosofia, direito, bioética, teologia). Estarão sob escrutínio as representações sobre o embrião proferidas pelas pessoas diretamente envolvidas na reprodução assistida: as mulheres em tratamento e os diversos profissionais das equipes de infertilidade. O estatuto é atribuído a esse ente considerando situações práticas: perguntou-se a opinião sobre o congelamento, doação, descarte, pesquisa com embriões extracorporais, bem como sobre a redução embrionária no caso de gestações múltiplas. Pedi aos entrevistados que definissem o que era um embrião. Algumas entrevistadas vivenciaram as situações: três delas tinham embriões congelados (duas de centros privados e uma do serviço público), uma das quais doara embriões. Não se encontraram exemplos entre as informantes de redução embrionária, de descarte e da pesquisa com embriões, procedimentos proibidos pela Resolução 1.358/92 do CFM. Isso não significa que a redução e o descarte não ocorram, o que se pode avaliar pelas respostas dos médicos bem como na abordagem da grande imprensa (Luna, 2000).

Perguntei às entrevistadas o que fazer em caso de restarem embriões após a transferência, oferecendo as opções de congelar, doar para casais, descartar ou doar para pesquisa. Das oito entrevistadas dos centros privados de reprodução assistida, cinco concordavam com o congelamento de embriões, duas das quais tinham embriões criopreservados. Uma opinou que era melhor usar embriões frescos do que os congelados, pois a efetividade era maior (ela não teve embriões excedentes). Duas se manifestaram contra o procedimento. Na opção do congelamento, as informantes teceram considerações sobre os custos do tratamento: três delas disseram ser vantajoso congelar, porque se evitaria pagar novo ciclo, considerando que isso seria menos lucrativo para os médicos, que receberiam mais por cada ciclo tentado do que pela transferência dos congelados.

Quanto à doação de embriões para outros casais, cinco das usuárias dos centros privados de reprodução assistida se manifestaram de forma favorável. Dessas cinco, uma alegou que doar embriões seria um ato de amor com as mulheres estéreis, e que queria receber o máximo de embriões de que desse conta, para só depois doar; outra disse que doaria embriões excedentes apenas após o termo bem-sucedido de uma gestação, para ajudar a quem quisesse ter filhos. Uma informante doou seus embriões congelados após receber da clínica uma fatura de valor elevado referente ao período de criopreservação, pois com a doação se suspenderia a cobrança. Três eram contrárias à doação.

Entre as usuárias das clínicas particulares, apenas uma não viu problema no descarte de embriões. Cinco foram contrárias, das quais uma preferiria doar e outra (a que doara seus embriões) disse não ter coragem. Duas eram favoráveis

à doação de embriões para pesquisa, e duas contrárias. Uma doaria para pesquisa, mas não para outros casais.

Já a redução embrionária em caso de gestação múltipla despertou algumas reações vívidas. Perguntei sobre a possibilidade de uma gestação de quadrigêmeos ou quíntuplos, caso o médico aconselhasse diminuir o número de embriões em função de risco de vida: qual seria a posição a tomar. Quatro admitiriam a possibilidade de redução: duas o fariam apenas em risco de vida; outra considerava seu corpo pequeno para uma gestação de quádruplos que poria em risco sua saúde; uma, então grávida de gêmeos, concordou, por se preocupar com a possibilidade de deficiência física ou mental para os bebês. Das contrárias, houve posições contra o aborto e a sugestão de programar a transferência de menos embriões. Uma das contrárias à redução alegou que "filho já nasce com um pãozinho debaixo do braço", quanto às dificuldades de sustento dos múltiplos. Uma se indignou com a pergunta e argumentou pelo respeito à vida: evitar a transferência de muitos embriões, o que arriscaria a vida dos embriões e da mulher. Durante a entrevista e no momento dessa pergunta, três contaram experiências anteriores de aborto voluntário, mas apenas uma delas manifestou arrependimento, sentimento negado pelas outras.

As entrevistadas das camadas médias opinaram sobre o embrião extracorporal. Para três, o embrião fora do corpo já era um filho. Os embriões "são tudo para mim", disse outra ao enfatizar os laços de pertencimento. Uma informante teve posição semelhante à de São Tomás de Aquino: o embrião constitui só matéria, sem espírito, passando a ter alma apenas após a gravidez "dar certo". A entrevistada que não questionou o descarte de embriões não tinha culpa cristã de matar "milhares de seres humanos", pois embriões "não são seres vivos". Uma informante admitiu a falta de vínculo com o embrião quando fez aborto, embora o embrião já tivesse formato humano, ela não sentiu a emoção de que "era vida".

É importante notar a diferença de postura diante de situações práticas e a concordância em princípio. Ou seja, a posição pode ser contrária ao congelamento de embriões em função de maior porcentagem de êxito com embriões frescos, ou pela inexistência de embriões excedentes para criopreservação. E a decisão de doar embriões pode ser fruto de dificuldades financeiras, mais do que de uma reflexão sobre o desejo de novos filhos ou sobre a caridade.

Nem todas as informantes das camadas populares estavam cientes das opções em caso de haver número de embriões superior ao que se pode transferir, perguntando o que seria possível: "Pode doar?"; "Pode congelar?". Várias hierarquizaram suas opções, concordando tanto com a doação como com congelamento: algumas disseram preferir doar e outras, congelar. Essa reação foi

espontânea e distinta daquela das informantes das camadas médias, que pensavam mais em termos de alternativas excludentes. Também perguntei a elas o que fazer caso houvesse embriões excedentes: congelar, doar para outras pessoas, descartar ou doar para pesquisa. Quando indaguei sobre a possibilidade de congelamento de embriões para as oito usuárias de serviços públicos de reprodução assistida, nenhuma discordou da opção. Uma delas tinha embriões congelados e três apontaram o congelamento como primeira opção em caso de embriões excedentes.

A doação de embriões teve receptividade ligeiramente maior entre as informantes das camadas populares do que entre as das camadas médias. Seis aceitariam doar embriões excedentes. Foi a primeira opção de duas: doar para quem quisesse filhos, melhor doar que jogar fora. Duas rejeitaram a doação de embriões: uma argumentou com a impossibilidade de escolher os doadores, preocupando-se com o destino dos embriões, e outra afirmou a relação de pertencimento: "é da gente", por haver outra mãe com os filhos dela.

Todas as informantes de camadas populares rejeitaram o descarte de embriões, exceto uma, para quem esta seria a última solução aceitável, após hierarquizar suas preferências: em primeiro, o congelamento; em seguida, a doação para casais; e depois a doação para a pesquisa. As demais negaram essa possibilidade: deveriam doar para quem quisesse ter filhos ("passar para frente"); "é errado"; o embrião já "é uma vida". Contrária tanto à doação como ao descarte, uma entrevistada precisaria de uma psicóloga para conversar com ela, a fim de orientá-la diante dessas situações. A única que tinha embriões congelados era contra o descarte e a doação para casais, mas não tinha o objetivo de transferi-los.

A pesquisa com embriões teve aceitação maior do que o simples descarte, com metade das entrevistadas do serviço público disposta a doar embriões para tal finalidade, e metade contrária. Das favoráveis, uma se expressou de modo pragmático – não sendo possível congelar nem doar, usar para pesquisa seria "menos desperdício" – e outra disse que seria "normal", "se está estudando para alguma coisa". Das que recusaram a possibilidade, uma considerou-a um absurdo; outra afirmou a relação de pertencimento com os embriões: "é coisa da gente", "é coisa pessoal"; a última justificou sua posição alegando que o uso do embrião em pesquisas não iria gerar um bebê. Contrastando-se as respostas, a rejeição praticamente total ao descarte e uma significativa aceitação da pesquisa, percebe-se não haver, à primeira vista, consistência nos posicionamentos das entrevistadas sobre o embrião.

A possibilidade de redução embrionária no caso de uma gravidez múltipla, mesmo com o possível alerta médico para os riscos envolvidos, enfrentou rejeição

maior entre as usuárias de serviços públicos do que entre as das clínicas privadas. Ao passo que metade das informantes das camadas médias admitia a possibilidade de uma redução, apenas um quarto das informantes das classes populares concordou. Das seis que rejeitaram a redução, duas eram contrárias ao aborto; uma não tiraria "uma vida"; outra apelou para o discurso religioso: "Se Deus deu, é porque merecia", criticando a intervenção humana nesses casos. Uma correria o risco, e outra, com raciocínio semelhante, afirmou sua confiança na medicina: "Hoje tem recurso para tudo". Apenas duas admitiram a possibilidade de redução embrionária: estaria certo em caso de risco de vida ou faria "só se o útero não pudesse". A rejeição maior à redução embrionária entre as usuárias das camadas populares do que entre as de camadas médias confirma o resultado de pesquisas de opinião sobre o aborto, em que a aceitação é maior entre os grupos de nível mais alto de instrução.[19] Em contraste com as informantes de camadas médias, em que apenas uma chegou a desejar trigêmeos, metade das usuárias de reprodução assistida das classes populares se alegrou com a possibilidade de ter trigêmeos ("acho lindo"; "ótimo"; "uma bênção"), em lugar de temer riscos.

Entre as oito usuárias de serviços públicos de reprodução assistida, houve grande convergência nas respostas à pergunta sobre o que era o embrião fora do corpo, no laboratório. A definição mais freqüente surgiu cinco vezes: "é uma vida", mas três disseram um "neném" ou "bebê", e outra disse "uma criança". Quando se diz "meu bebê" ou "é o meu filho", afirma-se o laço de filiação. Constata-se a convergência nas representações de pessoa, em contraste com a diversidade das definições das entrevistadas das camadas médias. Representou-se o processo de concepção do embrião como um "bebê 'pronto'", ou "colocar o nenê já 'pronto' no útero". Uma das informantes usou a expressão "bebê prontinho", para que sua família não confundisse o processo de FIV com a clonagem. Tal representação reencena as noções da teoria da pré-formação na concepção. Houve referências ao papel da ciência e da tecnologia na definição do embrião: uma disse que era um bebê, "conforme mostraram no ultrasom". Outra afirmou sobre o embrião: "Já é uma vida. (...) Não sei, estudei pouco", implicitamente atribuindo à ciência a definição sobre o ente. Uma terceira manifestou sua discordância da posição dos médicos: "Para eles é uma célula (...) em três dias ainda é considerado uma célula".

Merece análise a posição ambígua da única informante das camadas populares que tinha embriões congelados: ela era contrária tanto à doação como ao descarte, não tendo mais intenção de ter filhos novamente em função de sua idade, 40 anos, e da dificuldade de sustentar outro filho, além da já nascida. Ela diz querer todos os embriões para si, mas em termos práticos não pensa em ter

mais filhos. Em sua opinião, o descarte seria para os casais sem possibilidade de ter mais filhos, mas afirma que “a gente não vai fazer nada com as próprias mãos”. Embora chame os embriões fora do corpo de “meu filho, minha vida”, seus embriões congelados não terão possibilidade de se desenvolverem como pessoas fora do laboratório, pois o casal não deseja sua transferência para si nem para outros. A solução prática é esperar que outros tomem a decisão, no caso provavelmente a instituição onde os embriões permanecem criopreservados por cinco anos. A situação dessa informante se assemelha à vivida por usuários de centros públicos da Inglaterra onde se procede à destruição periódica de embriões congelados: dos casais alertados por correspondência, a maioria não se posiciona quanto ao destino dos “embriões órfãos” (Luna, 2001b; Franklin, 1999). Nessa rede de relações em que se insere o embrião, os serviços médicos, incluindo ali o laboratório de criopreservação, têm a tutela desse ser, uma idéia evocada por vários médicos entrevistados (Novaes & Salem, 1995). O exemplo da informante mostra conflito entre princípios, valores ou atitudes ideais e sua efetiva implementação na vida diária, como advertem Leal e Lewgoy (1995) e Mariz (1998) no tocante à situação do aborto.

Existe um mesmo sistema de símbolos de parentesco entre mulheres de diferentes camadas sociais, embora a organização familiar seja distinta. Em contrapartida, no tocante à noção de pessoa, as representações divergem, de modo que nas camadas populares se remete a um modelo mais antigo, oriundo da religião católica, em que a noção coincide com “uma vida”,[20] ao passo que nas camadas médias não há hegemonia de um modelo. As informantes de camadas médias invocam mais definições biologizantes, como “ser vivo”, alternadas e mesmo conjugadas com o modelo religioso antigo de presença da alma. Algumas consideram o vínculo com o embrião necessário para reconhecê-lo como “uma vida”, e outras, em nome da religião, absolutizaram a categoria “uma vida”. A designação que tem maior coincidência em ambos os grupos é a de “filho”, o que confirma a existência de mesmo sistema simbólico de parentesco e distintas concepções de pessoa.

As respostas dos profissionais envolvidos com tratamento de infertilidade às vezes diziam respeito à concordância com o procedimento em princípio, outras mencionavam o que se oferecia no serviço, e outras ainda opunham a demanda dos pacientes à posição pessoal do profissional. Alguns distinguiam o que não queriam para si de serviços que não viam problema em oferecer aos pacientes. Apenas um médico (evangélico), de clínica privada com prática restrita ao tratamento convencional e à inseminação intra-uterina homóloga, discordava em princípio da FIV, por causa da possibilidade de congelamento e descarte de embriões, alegando objeção por conceitos religiosos.

Dos profissionais entrevistados, 19 se manifestaram sobre o congelamento de embriões e 12 aceitavam ou praticavam o congelamento em seu serviço. Considerou-se o congelamento uma boa saída para os embriões excedentes. Houve observações sobre problemas práticos, como o período máximo de congelamento por cinco anos e a taxa de manutenção cobrada na clínica particular para manter os embriões no laboratório de criopreservação.[21] Relatou-se o projeto de montar o laboratório de criopreservação em um serviço particular, o que dependia de recursos financeiros. Duas embriologistas alertaram para a necessidade de se aperfeiçoar as técnicas tanto de descongelamento dos embriões como da cultura de embriões para se obter maior taxa de gravidez com a criação de um número menor de embriões, evitando-se os excedentes e a necessidade de congelamento. Seis disseram não ao congelamento: a principal justificativa remetia aos problemas jurídicos decorrentes.

Catorze profissionais se manifestaram sobre a doação de embriões, seis dos quais ofereciam ou aceitavam a técnica. Mencionou-se a necessidade da autorização do casal para a doação e que estes costumavam avisar quando não pretendiam mais transferir. Houve uma manifestação pelo direito da pessoa nascida de procurar conhecer sua origem. Cinco se manifestaram contra a doação. Entre as contrárias, duas falaram sobre relações de parentesco, comparando-a com a adoção ou com o ato de receber um estranho que vem de fora. Houve quem considerasse a doação comparável à criação de andróides. Três entrevistados comentaram questões práticas: a restrita difusão da doação de embriões, a pequena diferença entre receber a doação e a adoção, e sobre a situação de um serviço que não oferecia a doação por falta do laboratório de criopreservação. Esse serviço oferecia a transferência dupla de embriões: após a transferência de um primeiro grupo no terceiro dia, cultivavam-se os embriões excedentes até o quinto dia e, caso chegassem ao estágio de blastocisto – a maioria degenera –, haveria transferência dos restantes para o útero.

A Resolução 1.358/92 do CFM proíbe o descarte de embriões, um contexto que afeta as respostas dos profissionais, o que permitiu revelar nas respostas a diferença entre o princípio e a prática. Sete entrevistados disseram não aceitar ou não praticar o descarte. Uma entrevistada qualificou o descarte de “indução ao aborto”. Houve exemplo de postura favorável a alternativas como congelar ou doar para casais ou pesquisa, pois o embrião era “um serzinho” e seria “sacanagem” o simples descarte. Mesmo entre os que negaram a prática do descarte, dois admitiram não transferir a célula que morreu ou o embrião que parou de se desenvolver. O recurso era deixar o embrião se desenvolver até blastocisto, quando pararia “sozinho” se não fosse cultivado ou transferido. Treze admitiam o descarte em certas situações. A posição mais freqüente foi

não transferir ou descartar célula morta, embrião de má qualidade, mal formado, fragmentado, degenerado ou que não se desenvolve: visto que o embrião não se desenvolve fora do corpo, pode-se deixá-lo evoluir até parar.

Na falta de equipamento de criopreservação, outro exemplo de atitude pragmática em um serviço privado é transferir os embriões excedentes para a vagina, onde sua implantação seria impossível. Opinou-se que a decisão sobre o descarte cabe ao casal e se recordou a possibilidade de descartar o embrião após cinco anos de congelamento. Houve quem considerasse o descarte de embriões menos perigoso que seu congelamento. Uma comentou, escandalizada, o caso de uma pessoa que recebera o frasco com embriões congelados e o guardara no carro como um talismã, uma atitude que resultaria na destruição. “Lixo embrionário” foi a expressão usada por um profissional atuante apenas em tratamento convencional de fertilidade para qualificar o descarte.

Os profissionais manejam a definição de descarte. Há confronto entre o princípio geral da não-destruição de embriões e a prática cotidiana de deixar alguns que não têm qualidade para transferência se desenvolvendo até pararem. Esse é o destino de embriões indesejáveis quando não há equipamento de criopreservação. Não se nega o princípio de interdição do descarte de embriões, mas a prática é distinta, relativizada pelo contexto – uma discussão em continuidade com os temas da redução embrionária e do aborto (Leal & Lewgoy, 1995; Mariz, 1998). Em sua etnografia em centros de fertilidade nos EUA, Cussins encontrou resultados semelhantes: considerava-se o descarte de embriões de boa qualidade (com boa morfologia) um ato abjeto, ao passo que se descartavam os embriões ruins como refugo (*waste*). A provisão de um ambiente adequado para o desenvolvimento embrionário e os critérios morfológicos de seleção permitem aos embriologistas lidar clinicamente com vida potencial, além de acomodar o “lixo” (Cussins, 1998b: 93).

As posições quanto à pesquisa com embriões são mais claras: dos 17 profissionais indagados, 13 eram favoráveis e três contrários. Um entrevistado não se definiu, mas condicionou sua aceitação da pesquisa ao objetivo, ao contrapor cura e eugenia: “pesquisa boa se for para curar doenças, ruim se pretende criar seres geneticamente perfeitos”. Dos contrários, um propunha a pesquisa apenas com células-tronco adultas, e outra aceitaria a pesquisa apenas se o embrião parasse de se desenvolver. A argumentação dos favoráveis era homogênea: a pesquisa com células-tronco embrionárias promete grande avanço, criando-se linhagens para cultivo e uso no tratamento de doenças letais. Uns propuseram o aproveitamento de embriões congelados esquecidos “pelos pais”. A despeito da aceitação, alguns sublinharam questões éticas, como a necessidade de discutir com os doadores de embriões a clareza e seriedade dos

propósitos das pesquisas e restrições quanto a práticas que efetivassem modificações genéticas.

No tocante à redução embrionária, procedimento proibido pela Resolução 1.358/92 do CFM, houve mais ambigüidade nas posições, tendência também presente quanto ao descarte de embriões. A ambigüidade, no caso, não dizia respeito à definição de redução embrionária, bastante clara, mas à sua licitude, pesando-se os princípios éticos e possíveis conseqüências tanto da gestação múltipla como da redução em si. Dos 18 que se manifestaram sobre a redução embrionária, seis eram favoráveis, seis contrários e seis tinham posições intermediárias. Dos favoráveis, a maioria aceitava o procedimento em função dos riscos de vida para a mãe e para os fetos, com opiniões sobre a possibilidade de abortar espontaneamente todos os fetos, a prematuridade e a possibilidade de seqüelas como o retardo mental: “Você prefere ter dois filhos saudáveis ou quatro retardados?”. Um dos favoráveis disse que o médico consciencioso deveria sugeri-la em gestações múltiplas, deixando a decisão para a paciente, e comentou que as grávidas de trigêmeos em geral resolvem “seguir o risco”.

Dos seis contrários à redução, cinco sugeriram a prevenção, transferindo-se um número menor de embriões. Duas consideraram a redução um aborto ou “escolher quem matar”. Três entrevistados destacaram a dificuldade de decidir diante da situação, admitindo as indicações médicas, como o nascimento de quíntuplos, além de frisar o risco de perder todos. Sugeriu-se que a decisão deveria ser da paciente, pois seria “um aborto necessário (...) para assegurar a vida dos que vão ficar”. Alertou-se para a possibilidade de redução espontânea ou do abortamento de todos durante o processo clínico. Por fim, um profissional expôs claramente a ambivalência: ele era contrário à redução no tocante a suas convicções pessoais, porém admitia sua necessidade em função de riscos para a mãe e para os fetos. Ele comentou um caso de redução espontânea com a reabsorção de dois dos quatro embriões, mas refutou a interpretação de que a redução clínica resulta em aborto, pois o risco de este ocorrer seria muito maior em gestação de quádruplos ou quíntuplos.

Os profissionais de reprodução assistida e de infertilidade estavam cientes do debate sobre o estatuto do embrião extracorporal. Havia polarização entre os que atribuíam o estatuto de pessoa desde a fertilização e os que o negavam, alguns se valendo de argumentação biologizante. Mencionaram-se argumentos oriundos da esfera do direito e do campo religioso ou filosófico. A reação à pergunta sobre o que era o embrião fora do corpo é exemplo da politização do debate: “Você quer saber se ele é cidadão? Se tem direito?”. Vinte profissionais opinaram de forma polarizada: nove defendiam noções

essencialistas da emergência da condição de pessoa (o episódio inicial da concepção é o marco de início), e dez, noções gradualistas (a condição de pessoa se instala ao longo do desenvolvimento).[22]

Entre os defensores da noção essencialista da pessoa do embrião, predominaram opiniões sobre a condição essencial de pessoa do embrião em termos religiosos ou filosóficos: "No nosso conceito de religião, é vida"; "Já é pessoa", portanto, "destruir é aborto"; "Embrião é uma criança", "Vai se tornar um indivíduo". Citaram-se também argumentos biologizantes: "Houve fecundação, blástula, é ser vivo" e a afirmação de que o embrião é uma vida, discordando da definição biológica de que "é vida só quando implanta". A interação de dois embriologistas com o embrião na prática profissional informa sua percepção: "É uma expectativa", "é uma vidinha ali", "eu fui o primeiro a ver o menino" disse o primeiro. A segunda falou: "É um início de vida", pois "quando vem uma paciente com um bebezinho já nascido, (...) a gente lembra que ele era tão pequeno que a gente conseguia ver só no microscópio". A visualização do embrião no microscópio, tarefa dos embriologistas, e o encontro com a criança nascida favoreceram a percepção do embrião extracorporal como um início ou expectativa de vida.[23] Considerou-se o "pré-embrião" o "início da vida", "um ser vivo", e houve preocupação com "manipularem vida" na reprodução assistida.

A argumentação biologizante foi mais freqüente entre os dez que afirmaram noções gradualistas de pessoa quanto ao embrião. Um dos entrevistados opinou que era um pré-embrião: "célula fertilizada com potencial de 20 a 30% de gerar um embrião". Explicou-se a diferença entre pré-embrião e embrião com base no conceito de gravidez anembrionada (gestação em que há o desenvolvimento de um saco gestacional sem um embrião dentro, o que resulta em abortamento espontâneo) para provar cientificamente que "não quer dizer que [se] você juntou duas células, que você tem um ser humano". Uma informante definia pré-embrião a partir de oito células e "embrião" depois da transferência e nidação no útero: em aborto de óvulo fecundado que não nidou, haveria um pré-embrião. Usou-se o argumento da potencialidade: o embrião tem chance tanto de se desenvolver como de parar, portanto, deixar um embrião evoluir até parar e depois descartá-lo não seria matá-lo. O "meio" em que se encontra o embrião afeta seu potencial: "É um bolo de células com potencial de virar gente (...) no útero tem potencial maior do que no vidro"; ou é um "projetinho de gente", mas "não implantado é um potencial de vida". A definição do embrião como células é a mais usada pelos gradualistas: "é uma célula", "é tudo célula", "nada a não ser células", discordando da interpretação de que "aquela divisão celular já é uma vida".[24] Os defensores da noção gradualista de

pessoa usaram argumentos fisicalistas e biologizantes; e uma definição mais filosófica foi exceção: "pré-homem". A referência à religião foi negativa: "O embrião para mim não tem alma. Não tem essa coisa da religião de alma, mas é um serzinho".

O fato de profissionais considerarem o embrião extracorporal uma vida, ou como pré-embrião, a vida começando na fase intra-uterina, nem sempre implicou consistência nas posições sobre medidas a tomar com o embrião. Alguns profissionais, que definiram o embrião como uma vida, não se opunham ao descarte ou à redução embrionária, ao passo que outros, que definiram o embrião como um monte de células, se opunham à redução. A inconsistência nas posturas da mesma pessoa sobre a condição do embrião fica patente ao se discutir a possibilidade de pesquisa com embriões, quando apenas quatro pessoas foram contrárias ou reticentes. A pesquisa representa o avanço científico com que esse grupo de profissionais se identifica. A adesão ao progresso da ciência permite relativizar a condição de pessoa do embrião e admitir seu uso como material de experimentação, mesmo por aqueles que defenderam consistentemente a condição de pessoa do embrião em outros contextos de manipulação: o congelamento, a doação, o descarte e a redução embrionária.

Em diferentes campos (Bourdieu, 1998) como o direito, a bioética, a doutrina católica, debate-se o estatuto do embrião negando-lhe ou afirmando sua condição de pessoa. No discurso dos profissionais da reprodução assistida, constatou-se o peso da argumentação biologizante proveniente do campo da biomedicina. Salem (1997) sugere que a definição do embrião com base em caracteres biológicos oculta as relações pelas quais ele se forma, ao contrário da noção de "sangue", que estabelece relações ao ligar os parentes consangüíneos. A argumentação biologizante está presente entre algumas informantes das camadas médias, grupo em que o maior grau de instrução condiciona mais adesão às representações oriundas da biomedicina. Entre as usuárias de serviços privados, houve posições mais diversificadas: algumas debateram se o embrião era ou não um "ser vivo", usando uma definição biológica; outras discutiram em termos metafísicos ou religiosos o valor da vida e se já existia alma no embrião; por fim, houve referências ao embrião em termos relacionais, designando-o de filho, com ênfase no vínculo com a mãe para definir a condição do embrião como vida, como um filho. Quando se perguntou o que era o embrião fora do corpo, as usuárias de serviços públicos de reprodução assistida o definiram claramente como uma pessoa, conforme as categorias: "uma vida", "um filho", "um bebê", "meu neném". Que tipo de representação de pessoa está presente nas diferentes categorias usadas pelos informantes? Que valores informam tais representações?

## O Embrião como Pessoa

A afirmação do dr. Roger Abdelmassih em palestra "Manipulação genética e reprodução assistida" é uma síntese das posições polarizadas aqui mencionadas quanto à condição do embrião: "O embrião é célula viva, e não uma vida". Nota-se a diferença de concepção entre expressões etimologicamente aparentadas, o "vivo" (célula viva, ser vivo) e "vida" (uma vida, no sentido de uma pessoa). Vários exemplos de pesquisa etnológica revelam que não se considera a condição de pessoa uma qualidade inerente ao ser humano, mas se produz a condição de pessoa relacionalmente e se atribui esta condição em diferentes contextos.

Gow (1997) relata que os piros inspecionam o recém-nascido visualmente em busca de evidências de sua condição humana. Deve-se cortá-lo ao meio, isto é, o pai deve convocar alguém para seccionar o cordão umbilical, separando-o da placenta a fim de que o bebê se torne parente do pai. Entre os huaoranis, a criança existe como pessoa a partir dos atos parentais de alimentação: a observação das restrições da *couvade* por ambos os pais demonstra a aceitação do bebê, ao passo que um bebê indesejado não pode se tornar pessoa, daí ser morto e enterrado com a placenta (Rival, 1998). Viveiros de Castro (1986) relata entre os arauetés a moldagem de uma criança recém-nascida, prática comparada com o acabamento de uma peça de cerâmica, como se o bebê não nascesse pronto. O privilégio da corporalidade relaciona-se à definição e construção de pessoa pela sociedade nos grupos indígenas das terras baixas da América do Sul. A produção física de indivíduos se insere em contexto voltado para a produção social de pessoas na qualidade de membros de uma sociedade específica (Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1979).

Discursos distintos dotam o embrião de atributos de pessoa. Os embriões vivos extracorporais gerados por meio de FIV são a nova figura de pessoa jurídica que emergiu com o advento da tecnologia de procriação (Strathern, 1992b).[25] A atribuição da condição de pessoa a embriões humanos varia. Cabe inquirir que tipo de relação legal se estabelece entre embriões criopreservados em uma clínica e seus geradores, os fornecedores intencionais de gametas. Um programa jornalístico relatou a história de um casal nos Estados Unidos que tinha 23 embriões congelados, após uma tentativa bem-sucedida de FIV com nascimento de gêmeos. O casal era contra o aborto e a doação de embriões para pesquisa. Não desejando mais filhos, eles selecionaram pela Internet casais para serem receptores.[26] Tal situação seria impossível no Brasil, conforme a Resolução 1.358/92 do CFM, que prescreve o anonimato na doação de gametas e de pré-embriões e prevê a responsabilidade da unidade de reprodução assistida de mediar a doação. O programa explicava que pela lei americana embriões

não eram pessoas, mas objetos, de modo que se faz um contrato de transferência de propriedade entre doadores e receptores.[27]

Um dos profissionais entrevistados propôs uma conduta semelhante quanto aos embriões: "A melhor coisa para um embrião é o pai e a mãe, quem está geneticamente ligado a esse embrião, definir o que tem que fazer". Os "pais", isto é, os fornecedores intencionais de material genético, deveriam definir o destino dos embriões: doação, pesquisa, congelamento, descarte. Há uma importante distinção: várias usuárias descreveram relações de pertencimento com os embriões ("são meus", "meus filhos", "meu bebê", "coisa nossa, pessoal", "tudo para mim").

De modo semelhante, no discurso comum entre funcionários dos serviços de FIV, em particular onde há criopreservação, os embriões são da paciente, ou do casal. Ao expor a comunicação "Criobiologia e fertilização assistida: problema ou solução", dr. Paulo Serafini fez a seguinte distinção a respeito do consentimento informado para criopreservação de embriões: "O paciente não é dono dos embriões, embora possa opinar sobre o seu destino".[28] Na legislação dos EUA, onde há tradição mais forte de direitos do indivíduo e do contrato, as relações de pertencimento entre os fornecedores intencionais de material genético e seus embriões viram relações de propriedade.[29] Tais relações de propriedade entre indivíduos livres são o ponto de articulação do comércio de material reprodutivo, uma prática que provoca críticas em sociedades centrais do Ocidente, como a Inglaterra (Hirsch, 1999), repercutindo bastante na própria mídia brasileira (Luna, 2002b). O profissional que propôs serem os "pais" os responsáveis por definir o destino dos embriões justifica a falta de condição de "indivíduo" (*sic*) do embrião, alternando argumentos de base biológica e social:

> *Então ele não é indivíduo, não tem RG, não tem CIC, não tem nada a não ser células. (...) A gravidez anembrionada foi um pré-embrião, e onde estava o embrião? Qual o direito daquela gravidez anembrionada? Ou você acredita que a gravidez anembrionada merece CIC e RG, se não tem batimento cardíaco nem embrião? (...) O pré-embrião não é um indivíduo. É um potencial indivíduo e tem que ser tratado como um potencial indivíduo, com todos os respeitos que um potencial indivíduo devia ter.*

Embora a menção a CIC e RG seja irônica, a atribuição da condição de pessoa na esfera legal passa por procedimentos jurídicos, estabelecimento de registros e documentação.[30] Na ocorrência de gravidez anembrionada, conforme apresentado nesse depoimento, constata-se a possibilidade biológica do início de uma gestação em que as células embrionárias ou o pré-embrião originem estruturas externas como o saco gestacional, sem formar a estrutura interna,

ou o embrião propriamente dito: o nó embrionário com o batimento cardíaco. Isto significa que, mesmo após a implantação no útero, pode acontecer uma gestação sem embrião; por isso, no entendimento do informante acima, o embrião formado por FIV ainda não é um "indivíduo". São necessários sinais distintivos de individualidade (Salem, 1997), como o batimento cardíaco em estrutura discernível do saco gestacional, ou seja, outros marcos físicos da emergência da condição de pessoa (Conklin & Morgan, 1996). Percebe-se a tensão do campo da medicina de reprodução humana com o campo do direito, em uma luta por classificações que pretendem impor a definição legítima de aspectos do mundo social (Bourdieu, 1996): no caso específico, a definição do embrião e de sua condição no mundo. Este outro médico responde à indagação sobre o momento em que se deve usar a denominação 'embrião':

> *É quando já está implantado e forma o embrião que eu vejo no ultrasom. Aquilo é embrião biologicamente. (...) O que um advogado conhece de biologia para definir que uma célula fertilizada é um embrião, é definida biologicamente como uma coisa que vai gerar um indivíduo e que tem as partes que geram um indivíduo? É o embrião do indivíduo, é um esboço do indivíduo. Essas células, nessa fase, têm esse esboço do indivíduo? De maneira nenhuma. Têm na hora que está no ultra-som lá com cinco ou seis semanas, que você vê o nó embrionário com batimento cardíaco, esboço de mãozinha, esboço de perninha, crânio. Aquilo lá é, mas aquilo veio do pré-embrião, assim como a membrana, a placenta, o cordão umbilical, tudo veio daquele embrião.* (Médico)

Fica explícita a disputa em torno de classificações para se impor a definição legítima do embrião e de sua condição de pessoa. Ora, se, historicamente, coube aos saberes que hoje correspondem à biologia o estudo da concepção e a descrição instauradora de realidades como o embrião, é na esfera do direito que se discute a personalidade civil. Conforme se depreende do estudo de Laqueur (1992) sobre a descrição anatômica dos órgãos reprodutores da mulher como uma versão invertida dos órgãos do homem – o modelo de um sexo e dois gêneros que imperou até o século XVIII, dando lugar, como o iluminismo, ao modelo de dois sexos incomensuráveis sobre que se baseiam os gêneros –, a descrição científica é tributária e se molda conforme os valores da sociedade circundante. Não fosse assim, haveria consenso em torno de certos aspectos do embrião para defini-lo como pessoa, o que absolutamente não se encontrou no debate descrito até agora, no campo religioso, da bioética, do direito e da biomedicina.

Voltando ao depoimento anterior, a descrição do embrião como pessoa tem seu primeiro aspecto na implantação, estar contido no útero de uma mulher.

O segundo aspecto é a visualização mediada tecnologicamente pela aparelhagem de ultra-sonografia. Em terceiro lugar, está a definição de "embrião de um indivíduo". Note bem o uso do termo 'indivíduo', e não 'pessoa'. O "embrião de um indivíduo", é um "esboço de indivíduo" que contém as "partes que geram o indivíduo". As "partes" vêm enumeradas em seguida: "o nó embrionário com batimento cardíaco, esboço de mãozinha, esboço de perninha, crânio". Trata-se das partes básicas de uma figura humana: coração, membros, cabeça. A representação com ênfase no batimento cardíaco para o reconhecimento da individualidade do embrião, de sua condição de pessoa está em continuidade com a definição clínica do estabelecimento da gestação. O médico, por fim, contrasta o esboço de figura individual com a indiferenciação do "pré-embrião": "Essas células, nessa fase, têm esse esboço do indivíduo?". Ele conclui que no "pré-embrião" não há esboço de pessoa humana, porque dali vieram tanto as partes que compõem o embrião como os anexos da vida fetal: "a membrana, a placenta, o cordão umbilical": "Até ali é um pré-embrião, que erradamente é chamado de embrião e já se vulgarizou esse nome (...) para aquele grupo de células naquele estágio. Aquele é um grupo de células que tem chance de 20 a 30% de produzir placenta, cordão umbilical, membrana e talvez um embrião também".

A característica dessas células do pré-embrião é a potencialidade, e não a individualidade, pois o "indivíduo" embrião pode não surgir daquele "grupo de células" do qual se gerarão a placenta, o cordão umbilical e a membrana, estruturas essenciais para o desenvolvimento fetal, mas que significam pouco para a representação de pessoa na cultura ocidental. As idéias ocidentais de individualidade baseiam-se na separação física (Strathern, 1992b). Anexos como cordão umbilical e placenta são partes que, além de destacáveis da pessoa nascida, fazem a conexão com o útero da mãe que contém o embrião, o que talvez origine a falta de importância simbólica dos "anexos". Nessa disputa de classificações para o estabelecimento da definição legítima do embrião, salienta-se que o informante inverte a ordem do surgimento dos conceitos, como se o conceito de pré-embrião não fosse uma invenção recente e posterior ao Relatório Warnock (Mulkay, 1997). O profissional indaga parâmetros para o estabelecimento da condição de indivíduo: "Será que ele é indivíduo na hora em que respira? Será que ele é um indivíduo na hora em que começa a ter atividade neurológica? [Será] que é quando ele começa a ter memória intra-uterina?".

O raciocínio desse profissional da medicina de reprodução humana baseia-se na tentativa de "reconhecer em uma forma natural a presença de uma forma social" – no caso, o indivíduo ou pessoa (Strathern, 1992b: 141). A biologia, citada no depoimento tantas vezes, seria a base material do epifenômeno social,

a base epistêmica para prescrições sobre a ordem social, nessa cosmologia formada no iluminismo (Laqueur, 1992).

Nem todos os médicos usaram descrições biologizantes em sua argumentação, mas a referência a questões legais foi preocupação constante dos profissionais de reprodução humana. Quando indagado sobre a manutenção de embriões extracorporais, um médico de serviço público de infertilidade respondeu: "É caro e é um problema, porque o embrião é protegido por lei". Perguntei a ele que estatuto deveria ser atribuído ao embrião:

> *Você obedece à lei. Na verdade, em tese, qualquer matéria viva tem que ter alguma, principalmente o embrião. É um pré-homem. É um pré-humano. Todos nós fomos aquilo. Se você manipular aquilo, em teoria, você poderia ter sido manipulado antes. Se você mata aquilo, você mata não um homem, mas um pré-homem, um projeto de homem. Você está cometendo um pré-homicídio ou um homicídio de um pré-indivíduo.*

O médico definiu a condição de pessoa do embrião em termos filosóficos como primórdio do ser humano, condição universal da existência de todos.[31] Em reunião de uma equipe de embriologistas em que se discutiram os critérios técnicos de seleção e de exclusão de embriões para transferência, a linguagem se manteve técnica. Nem em termos filosóficos nem em termos afetivos evocou-se em qualquer momento o caráter de pessoa daquele ser, mas sim a sua viabilidade em função de aspectos da morfologia durante o desenvolvimento. Uma profissional entrevistada disse que, fora da barriga da mãe, não havia embrião, só pré-embrião. Ela não considerava problema o descarte dos embriões que não se desenvolvessem nos meios de cultura providenciados no laboratório. Dizer que o ente é embrião apenas no útero materno é defini-lo de forma relacional, como também reconhecer que, se os técnicos de laboratório pararem os procedimentos para o cultivo, o embrião não se desenvolverá autonomamente.

No discurso de pacientes e profissionais da área, a referência aos embriões constantemente os dota de atributos de pessoa. Marilu[32] telefonou para o laboratório para saber se houve a formação de embriões e recebeu a seguinte resposta: "A gente está trocando fralda de três, mas tem mais para fecundar ainda". Já havia três fecundados. Eles ficam brincando assim, "estou trocando fralda", porque para eles já são bebês. Aí eu fiquei super feliz: "Ah, meu Deus! Graças a Deus são três! Já tem três prontinhos!".

A própria Marilu reconhece que os profissionais envolvidos falam dos embriões como se já fossem bebês. No momento da transferência, o médico de Marilu avisou:

*Olha, nós temos quatro bebês. Vamos colocar os quatro, ou você tem medo de ficar grávida dos quatro?'. Eu falei: 'Não. Pode colocar'. Então eu acredito que tenham sido só quatro, pelo que ele me falou. Acho que ficou só quem queria ficar. Quem Deus programou para vir mesmo.*

Ao comentar sobre os embriões transferidos, Marilu já lhes atribui vontade própria, para se decidirem a ficar, e individualidade necessária para sua inclusão no plano divino. Após a transferência, no momento de repouso, ela assumiu o papel materno diante dos embriões, a fim de que estes se implantassem: "Fiquei conversando com o bebê: 'Não sai, mamãe está ensinando você. Não sai'". Perguntada se doaria embriões, caso os tivesse em grande número, ela respondeu: "Doaria sim, mesmo sabendo que eu ia ter um filho na mão de alguém". A relação parental está clara. Uma vez nascidos, os embriões doados seriam filhos de Marilu criados por outras pessoas. Quanto à possibilidade de congelar os embriões:

*Eu até congelaria, faria para ter outros filhos depois, mas eu ia ficar meio grilada: será que isso vai ser uma pessoa legal? Se não vai ter nenhuma alteração de personalidade. (...) Porque, quando você faz a proveta, são dois dias, três dias ali, vindo para o teu útero logo. Você tem o aconchego dele. E congelado não. Três anos ali congelado? Aquele embriãozinho?*

Marilu preocupa-se com a possibilidade de que o procedimento de criopreservação altere não as propriedades físicas, mas a personalidade de quem nascer. Contrasta o aconchego do útero materno com o isolamento de um embrião congelado. Ela admite doar seus embriões excedentes para pesquisa. Essa opinião condiciona o caráter do embrião como pessoa e filho à perspectiva de nascimento. O embrião em si para ela não é sagrado, ao contrário da postura de Edna, que comenta sobre a destruição de embriões congelados na Inglaterra:

*Eu não sei imaginar como nós vamos responder isso perante Deus. (...) Toda vida (...) tem um significado. Deus (...) dá a vida... por algum motivo. Eu sou contra o aborto... também. (...) Gerar uma vida tem um significado. (...) Então, eu até tenho umas dúvidas como que nós humanos vamos responder perante o que a gente está fazendo aqui no mundo em relação a essa coisa da reprodução assistida, dos embriões congelados.*

A postura quanto à sacralidade da vida do embrião pode restringir os procedimentos médicos que um profissional adota. Um médico do setor privado, evangélico, se posiciona:

*Dr. – Entra um monte de conceitos de congelamento de embrião (...) que eu não concordo. (...) Por questões religiosas, por questão doutrinária. (...) Ética não. A minha discordância é de conceito. Eu sou contra o congelamento de embrião. Você colhe cinco embriões, coloca três. Ela engravida e não quer mais colocar os outros dois. E eles vão para onde?*

*Naara – Para o tubo de nitrogênio.*

*Dr. – E depois de cinco anos, joga fora. (...) No meu conceito religioso, no meu conceito doutrinário aquilo é vida. Pode ser que para outro não seja. É um conceito meu, e eu tenho que lutar a favor dos meus conceitos.* (Médico)

Só abordei o problema do embrião nas entrevistas com os profissionais e as usuárias que passaram por reprodução assistida. Apenas uma usuária do Instituto de Ginecologia mencionou espontaneamente sua preocupação com o destino dos embriões. A informante provém de família católica bastante religiosa, tendo um parente padre com quem discutia essas questões. Ela era totalmente contrária ao aborto e não gostaria de recorrer à FIV por questões religiosas, já que "muitos fetos (*sic*) morrem e outros são congelados. Fazem sete e põem todos, aí sobram três e a mulher tem que abortar. Os outros são congelados".

Na mesma instituição, houve um exemplo de um interno que se preocupou com a geração de embriões por FIV e tentou explicar as conseqüências do método para uma usuária encaminhada para reprodução assistida. Ele discordou da posição dos médicos segundo a qual a vida começaria na nidação, criticando a contradição da FIV com a Constituição, que estabelece a proteção da vida desde a concepção. Em sua opinião, haveria um "extermínio" de embriões; perguntou-me se os casais recebiam essa informação antes de fazer reprodução assistida. O graduando era católico, ex-estudante de colégios católicos e trajava uma camiseta com os dizeres "Deus é dez". O princípio que fundamentava sua posição era o mandamento "não matarás", distinguindo uma opção orientada por "princípios" e uma ordem vinda de cima.

Débora apresentou a maior preocupação ética com o problema dos embriões:

*[Eu] tinha uma preocupação de que se a gente fertilizasse um ou dois óvulos, que eles fossem transferidos. O embrião que fosse transferido na condição em que estivesse. (...) É embrião, já é ser vivo. (...) O embrião é vida. (...) Quando você está nesse meio, tudo parece natural, tudo parece possível, nada é problema, tudo é certo. Você pode congelar. Você pode doar. Você pode desprezar. Você pode fazer o que você quiser.*

*Sem essa questão ética. (...) Sempre foi uma preocupação da gente que o nosso material não fosse reutilizado. Eu cheguei a perguntar para o médico sobre isso. Porque para mim estavam lidando com vidas mesmo. Mesmo o embrião, o primeiro que eu fiz a transferência e não houve a implantação, é um filho que você perdeu. Querendo ou não é um filho, porque ele teve algum tempo de vida. Teve uns dias de vida no laboratório. Teve não sei quantas horas de vida no organismo. É um filho que você não teve.*

Para Débora, o embrião é um ser vivo merecedor de respeito. O casal gerou embriões, considerados filhos desde o laboratório. O embrião que não se desenvolveu é um filho perdido. Um profissional de reprodução humana formulou uma imagem oposta para provar que o embrião não é ser humano: "Um pré-embrião não é um ser humano, porque se ele fosse, teríamos que lamentar toda a vez que nós transferimos embriões e essa paciente não engravida. Teríamos que fazer um enterro simbólico de todos esses pré-embriões que são formados em laboratório". O médico ironiza a possibilidade de enterro simbólico de pré-embriões, visto que apenas pessoas mereceriam a cerimônia fúnebre. Em contraste, quando as informantes contavam que "não deu certo", na expressão dolorida talvez falassem do enterro simbólico, senão do filho, pelo menos daquela tentativa de engravidar.

A noção de individualidade desses seres desde a concepção está presente em um registro fotográfico que Débora guardava: "Eu tenho a fotografia dos embriões: com seis células, oito células. Um pouquinho antes de transferir. Como que eles estavam. E você vê bem a diferença do desenvolvimento de um e de outro". Embora esses embriões tivessem vida autônoma, a dimensão relacional do parentesco se estabelece desde a notícia de que houve a concepção. Débora vivia a gravidez mesmo fora de seu corpo, antes da transferência: "Quando você recebe a notícia de que eles fecundaram realmente, para mim, naquele momento, eu estava grávida". Seu cuidado era tão grande, que contrariou os princípios de eficiência aplicados na medicina reprodutiva. Houve a aspiração de três óvulos, mas ela permitiu a fertilização de apenas dois, a despeito dos conselhos de médicos e embriologistas. Quanto ao óvulo não utilizado, ela diz: "Perdeu-se, né? É uma célula. Depois ele também não tem vida prolongada". Embora se preocupasse em evitar o reaproveitamento de seu material reprodutivo e o do marido para outra pessoa, ela não lamenta o destino do óvulo descartado, pois considera seu estatuto diferente.

Mariana teve embriões em excesso para implantar de uma só vez: "Eu tenho sete embriõezinhos congelados". O casal tem o plano de transferi-los no futuro. A referência aos embriões se dá de forma afetiva, e nunca em termos

filosóficos ou abstratos: “A gente vai tirar e vai descongelar o bichinho (...) A gente até brinca quando passa em frente. Meu marido sempre fala ‘*yes*, *yes*, *yes*’ e manda beijinho para os filhos”. O casal considera os embriões filhos, para quem se acena ao passar diante da clínica. Segundo as regras da clínica, se o casal deixar de existir, os embriões devem ser descartados: “[O médico] faz um documento (...) que, se a gente se separar ou um dos dois morrer, ele elimina”. Mariana não se opõe a essa idéia e diz que aceitaria que, em caso de sua morte, o marido transferisse os embriões para a nova mulher: “Eu até assinaria se eu morresse e ele quisesse utilizar. (...) Mas eu viva, eu não daria não, porque estaria dando o meu filho”. Mostra-se completamente contrária a doar seus embriões e os personifica como filhos já nascidos: “Doar o embrião, para mim, é a mesma coisa que uma doação, que uma adoção... que uma doação de filho mesmo, que uma adoção”. O sangue é a justificativa para se recusar a doá-los: “É pelo fato de você pensar: aquele filho é teu. É sangue do meu sangue”. Quando perguntada sobre o que era o embrião fora do corpo, Mariana o incluiu, mesmo antes de seu desenvolvimento, nas relações de filiação do casal: “Já é um filho meu. Apesar de estar lá, de não ter-se desenvolvido, já é um filho meu. É meu e do meu marido. É de nós dois”. Esta última opinião poderia dar a entender que para Mariana os embriões merecem o respeito devido ao ser humano em abstrato. No entanto, sua posição sobre a doação de embriões para pesquisa científica é reveladora:

> *Eu não dou para outra pessoa, mas para pesquisa, eu doaria numa boa. (...) É coisa de cuca em relação a ser teu sangue. Ser meu sangue. Eu vou ficar: como será essa criança? (...) Eu tenho sangue e ele vai falar mais alto. Então, eu não encararia. Para pesquisa, sim. Eu estaria ajudando para outras coisas. Eu estaria ajudando também doando para uma outra pessoa, mas aí para mim seria como se estivesse dando o meu filho.*

Mariana doaria embriões para pesquisa. Para ela, os embriões não são seres humanos em abstrato, mas dotados de condição humana apenas se, transferidos, vierem a integrar uma rede de parentesco. Os laços de sangue exigem que mãe e filhos fiquem juntos.

Quando se discute a possibilidade de reduzir o número de embriões em casos de gestações múltiplas, levanta-se o questionamento sobre o estatuto atribuído ao embrião. Débora reagiu com indignação à idéia de redução embrionária:

> *Você escolher quem vai sobreviver, quem não vai? Você vai escolher: tira dois, tira três, tira um... Tira um homem, tira mulher. (...) O que você está fazendo com vida? Você está matando? Você está escolhendo quem*

*vai viver, quem não vai? Você tem esse poder? Cabe a você falar: 'Eu quero dois homens e uma menina'; 'não, eu quero duas meninas e um homem?'.*

Débora considera que estariam tirando vidas e que o direito de decidir sobre a vida dos outros não compete às pessoas. Pragmático, um profissional de serviço público de infertilidade considerou esse poder de decisão uma necessidade diante das circunstâncias:

*A redução é um aborto, mas é um aborto que você diz: é melhor perder um do que perder cinco. Pelo menos a gente salva dois. A gente vive fazendo isto: escolhendo. O médico escolhe: tem três sujeitos no CTI e chegam mais cinco. Só tem uma vaga, vamos escolher qual é o que pode.*

Marilu vê a perspectiva de redução embrionária de modo mais relacional. Faria em caso de risco de vida para ela e para os filhos, pois pouco adiantaria que todos morressem com ela, que ela perdesse todos, ou que ela morresse e eles sobrevivessem sem mãe.

*É uma faca de dois gumes: ou você morre, ou você vai perder os cinco que estão na sua barriga. (...) Eu tiraria, porque eu vou morrer, meus filhos também vão. Por que eu vou viver? Se eu estou vivendo para ter meus filhos. Fiz sacrifício para ter meu filho e vou morrer com os cinco aqui. Quantos eu tenho que tirar? Vou fechar o olho e não sei nem quem vai sair, mas tira dois que eu quero ter pelo menos três. (...) O risco de vida não é para mim, porque, além de morrer, eu ia matar os outros também. Vai morrer os dois, os cinco com você. Ou vão nascer os cinco e você vai morrer. Eu não vou nem ver? Vou deixar eles no mundo, sem mãe?*

Há duas lógicas regendo as posturas dos informantes quando atribuem condição humana ao embrião. A primeira é universalista, a segunda é relacional. Na lógica universalista, vê-se o embrião como indivíduo humano em sua essência, dotado dos mesmos direitos de qualquer ser humano nascido, por isso sua vida deve ser preservada independentemente das circunstâncias. O ser humano individual é o valor absoluto e é visto em isolamento do contexto, não sendo definido em relação a outro ser. As respostas dos católicos (o graduando em medicina e a usuária do Instituto de Ginecologia), de Edna e, em geral, as de Débora estão afinadas com esta segunda lógica.

Na lógica relacional presente nos depoimentos de Marilu e Mariana, a condição do embrião se define em relação à sua mãe, parente de sangue, a partir do momento em que se pensa em transferi-lo para o útero e viabilizar seu nascimento e sua inserção em uma rede de parentesco. Marilu doaria embriões para outras pessoas, mesmo sabendo que haveria filho seu com outros,

isto é, eles não deixariam de ser filhos dela. Mariana se recusa a doar embriões para outras pessoas, o que viabilizaria o nascimento em outras famílias, porque seu “sangue fala mais alto”. No entanto, Mariana, assim como Marilu, não se oporia a doar seus embriões para a ciência, contexto em que deixariam de existir como pessoas e parentes e passariam a ser material de pesquisa. Da mesma forma, Marilu permitiria o procedimento de redução embrionária, caso ela e os fetos corressem risco de vida, pois a morte de todos extinguiria a possibilidade de relação.[33] Em ‘ambas’ as lógicas, atribui-se a condição de pessoa ao embrião, porém segundo distintos modelos. Nas representações ocidentais de parentesco, a pessoa existe na qualidade de ente individual ou como um ser emaranhado em uma teia de relações sociais (Strathern, 1999b).

As descrições biologizantes do embrião, embora afirmando uma noção gradualista de emergência da condição de pessoa e se atendo a critérios fisicalistas para afirmar essa condição, são informadas pela ideologia universalista, da qual o cientificismo é aspecto integrante (Duarte, L. F. D., 2004). Tais atributos físicos no desenvolvimento embrionário seriam naturais, considerados, portanto, universais segundo a epistemologia surgida no iluminismo, em que a natureza é base da realidade. As descrições biologizantes pretendem a universalidade da condição de pessoa do embrião em cada estágio de desenvolvimento referido (concepção, emergência da linha primitiva, formação do saco gestacional com batimento cardíaco). A essência humana se dá na biologia. Com base na biologia, partidários da instauração imediata da condição de pessoa na fertilização argumentarão pela continuidade do processo desde a fusão dos pró-núcleos dos gametas, ao passo que partidários do desenvolvimento gradual da condição de pessoa usarão outro marco físico de referência, assumindo-se a forma humana gradativamente.

O embrião é uma entidade de parentesco liminar, que preenche certos critérios de aparentamento, como o laço de sangue, pois teria vínculos genéticos com os “pais” (Franklin, 1995). De acordo com as circunstâncias da concepção, considera-se tal parentesco legítimo ou não, o que se percebe no debate sobre troca acidental de gametas ou sobre doação. Finalmente, trata-se de uma entidade de parentesco no sentido simbólico, por ser um ancestral comum de toda a humanidade, condição pela qual todos passaram. Como indivíduo singular, o embrião tem o potencial de tornar-se um ser humano completamente desenvolvido. Todavia, o laço de parentesco com o embrião é liminar, uma vez que este é um ente microscópico, irreconhecível imediatamente como um ser humano. O embrião gerado por FIV ou ICSI se situaria entre natureza e cultura, ascendendo à existência de modo tanto orgânico como tecnológico (Franklin, 1995). O embrião gerado mediante recursos tecnológicos é comparável ao clone.

## O Clone como Pessoa

A discussão sobre a clonagem humana tem vários aspectos. Além das teorias da concepção referentes à clonagem e da inserção do clone em uma rede social, um dos aspectos centrais da polêmica diante da possibilidade de clonagem humana está na representação de pessoa implicada na geração de um ser humano por clonagem. O que pensam da clonagem humana mulheres que usam recursos tecnológicos, isto é, reprodução assistida para engravidar? Qual é a postura dos profissionais envolvidos, diante de propostas como a do especialista em reprodução humana Severino Antinori de oferecer a clonagem como alternativa em casos falhos de reprodução assistida, para que casais possam "transmitir seus genes" (Luna, 2002a)?

As informantes dos centros privados de reprodução assistida foram contrárias à clonagem humana. Mencionou-se a falta de individualidade do clone: "cópia", "repetir alguém", "colocar a pessoa de novo". Tal falta de individualidade implica o desconhecimento das origens: "a menina clonada não sabe de onde vem", afirmou uma entrevistada, referindo-se ao anúncio de nascimento de um bebê clonado pela empresa Clonaid, da seita dos raelianos (Seita dos EUA diz que fez o 1º clone humano, 2002). Invocou-se o afastamento da natureza: "vai virar máquina", "não tem natureza". Uma concordava com a clonagem de embriões humanos apenas "no sentido científico", isto é, para "cura do câncer e outras doenças". Houve a ressalva de que talvez a clonagem venha a ser aceita no futuro. A preocupação com a artificialidade das tecnologias de procriação aparece praticamente apenas na discussão sobre clonagem. Usam-se argumentos que não a artificialidade para refutar outros procedimentos como a doação de embriões, seu descarte, seu uso como material de pesquisa.

Em contraste com a postura unânime contra a clonagem das usuárias dos serviços privados de reprodução assistida, as usuárias dos serviços públicos dividiram-se quanto ao tema. Apenas uma criticou a novela *O Clone*: palhaçada, ilusão, propaganda, o cientista fazendo tudo para ganhar dinheiro. Três se manifestaram contrárias à técnica, duas por questões de identidade: "tirar o pedaço de uma pessoa e fazer outra idêntica"; "uma criança com a mesma característica, mas mais jovem". A terceira brincou que gostaria de fazer um clone do próprio marido para este ser seu filho mais novinho, depois usou o discurso religioso para contestar a clonagem, porque apenas Deus poderia dar vida ao ser humano. Duas não eram contrárias à clonagem: uma delas afirmava ser bom para um casal que não tenha espermatozóide, e outra não via problema no processo: "clonagem é um outro ser humano igual". Destas, uma negou a semelhança total do clone Leo com Lucas, baseada no argumento biológico de que para um clone completo seria necessária a mesma mãe: "Foi

comprovado porque ele tinha uma célula diferente, que era uma célula que pegava da mãe", em referência ao DNA mitocondrial de Deusa no clone Leo. Tal argumento biológico e genético valeu para comprovar que Deusa era a mãe dele, ou, conforme a informante, que Lucas e Leo não eram idênticos.

No comentário, nota-se que parentesco deveria mediar a identidade total, identificando-se uma substância diferente entre o clone e seu original. Uma informante disse que aceitaria participar de um procedimento de clonagem, deslumbrada com a possibilidade de fazer alguém igual à outra pessoa, "um artista até do exterior", propondo-se a gestar esse clone. A questão da identidade única de pessoa, sua singularidade, não parece um problema de última importância para a totalidade do grupo de entrevistadas das classes populares, o que contrasta com os valores mais individualistas das informantes das camadas médias (Duarte, 1986).

Vinte profissionais envolvidos em reprodução humana responderam sobre a clonagem humana. A rejeição à clonagem reprodutiva foi unânime. Quase todos lembraram espontaneamente o uso da técnica de clonagem de embriões com finalidades terapêuticas e contrapuseram essa técnica à clonagem para geração de bebês. Isso revela o grau de politização do debate sobre a clonagem nesse meio. Dos 18 que mencionaram a clonagem com objetivos terapêuticos, isto é, a obtenção de linhagens de células-tronco embrionárias para produção de tecidos, apenas dois se manifestaram contra: um sugeria a pesquisa com células pluripotentes adultas, ao passo que a opinião da segunda explicitava o raciocínio subjacente na posição do primeiro: não se deve criar seres para salvar outras vidas. A defesa da "clonagem terapêutica" – designação abreviada corrente na imprensa – por quase a totalidade do grupo repete os termos do debate na imprensa brasileira, com a oposição entre uma "clonagem boa" e outra ruim (Luna, 2001a).

Os que defenderam a "clonagem terapêutica" ou "clone científico" (*sic*), na expressão de um informante, se justificaram com base no objetivo da técnica: uso de células embrionárias para obter células-tronco; produção de órgãos ou clonagem de tecidos para transplantes; cura ou tratamento de doenças ou para saúde; fins científicos. Uma entrevistada qualificou de inevitável o desenvolvimento da clonagem de células-tronco embrionárias. Martin (1992b) comenta a esse respeito que há uma mudança de concepção sobre o corpo/pessoa como agente de processos produtivos para o corpo como um recurso cujas partes podem ser estocadas, clonadas e negociadas.

A argumentação contrária à clonagem reprodutiva foi bastante convergente. A maioria das objeções disse respeito à perda da singularidade individual, um valor capital na ideologia individualista moderna (Simmel, 1971; Dumont,

1992, 1997): fazer pessoa igual, uma cópia ou réplica, repetir indivíduo, fazer um ser humano idêntico, o mesmo fenótipo. Avaliou-se negativamente a intenção de clonagem reprodutiva como sinal de “narcisismo” e “orgulho”, tendo finalidade “estética”. Uma entrevistada observou que as pessoas acham que o meio não influi e têm expectativa de que vá nascer igual. Outro objetou que a existência de duas pessoas com a mesma “carga genética” iria contra a evolução da espécie. Esse comentário sintetiza a defesa da singularidade individual: “Agora essa estória de vamos fazer um serzinho igual a mim, isso eu não trabalharia. Eu sou a favor de cada um ser ser único.”

Segundo Salem (1997), o valor imputado à unicidade pode esclarecer o horror à clonagem. Também se falou da falta de princípios éticos de cientistas e se lembrou a importância de ter limites e avaliar as conseqüências. Quanto ao uso reprodutivo em si, uma informante comentou a falta de inserção social de um clone, o que o descaracterizaria como pessoa: “O clone é um ser sem dono, o dono é o criador”. O clone é um ser que necessitaria de dono, como um objeto precisa de relações de pertencimento. No tocante ao uso da técnica para gerar filhos, houve uma manifestação de discordância quanto ao procedimento: “filho para casal, você usa gametas”. A opção de recorrer à técnica de transferência nuclear de célula somática para óvulo enucleado com a finalidade de gerar filhos para um casal, em lugar do uso de gametas, tem diversas implicações:

> *Você se casa e o seu marido não pode. Ele quer ter um clone e você vai gerar o clone. Você vai ser mãe e esposa de uma pessoa que praticamente são a mesma pessoa, têm a mesma carga genética. (...) As pessoas querem ter filhos naturais para ter variabilidade, combinação.* (Embriologista)

Há aqui uma definição de pessoa fundamentada na identidade genética: “cargas genéticas” iguais implicariam tratar-se “praticamente de uma mesma pessoa”. Pode-se discordar dessa concepção tomando como referência os gêmeos idênticos, não considerados a mesma pessoa em nossa sociedade.[34] Se a semelhança entre parentes é tida como “natural” e esperada no sistema ocidental de símbolos de parentesco, não se espera nesse sistema que as pessoas se reproduzam de forma idêntica; pelo contrário, pretende-se a recombinação de características através das gerações (Edwards & Strathern, 2000). A clonagem de qualquer um dos pais para gerar um filho ao casal impediria essa “combinação”, encontrada nos “filhos naturais”, e a “variabilidade”.

Entre os grupos envolvidos com reprodução assistida questionados acerca da clonagem, a idéia desperta menos problemas para as informantes das camadas populares do que para as informantes das camadas médias e para os profissionais. O problema da ausência de singularidade individual não foi escandaloso para parte significativa desse grupo.

Retomando os resultados da pesquisa feita sobre a novela *O Clone* entre usuárias do Instituto de Ginecologia da UFRJ, quando se perguntou como fizeram o clone Leo, houve algumas observações sobre a relação de identidade entre Leo, o clone, e Lucas, o original. Vários comentários explicitam que a relação entre os dois era de identidade total: “Eram dois iguais”; “Lucas é o irmão do Leo, porque eles eram iguais”; “Leo e Lucas são iguaizinhos”; “Ele é um clone, uma cópia do Lucas”. A relação de identidade é tamanha que os dois parecem constituir uma só pessoa: “A mulher ficou grávida de um homem que já era nascido, velho”.

Os comentários sobre a novela se estenderam ao processo de clonagem reprodutiva em geral: “Não sabia que se fazia uma criança igual com uma pinta”. E apresentaram críticas à criação de seres idênticos: “Ver alguém igual a eu? Eu me sentiria estranha”. Várias descrições, no entanto, referiam-se apenas a pessoas semelhantes e não idênticas: o cientista teria feito a clonagem “para eles serem parecidos”, ou o resultado da clonagem foi a semelhança – “depois ele saiu parecido com o outro”; “geneticamente ele é tipo o outro”. Outras mencionaram a similaridade de comportamento e vontade, ou as divergências de personalidade: “Fez um parecido com o outro e a vontade era igual”; “Albieri quis criar o Leo para ter os mesmos pensamentos que o Diogo, mas ele gostava das mesmas coisas que o Lucas”; “Leo era um Lucas modificado, porque Lucas não tinha coragem de lutar pelas coisas que queria”. Questionou-se a identidade total com base na diferença de parentesco: “É uma confusão, porque como é que eles podem ser iguais, se a mãe é diferente?”.

Destacaram a incerteza quanto à própria origem e a ambigüidade dos laços de parentesco em função da criação artificial do clone como a razão da crise do personagem Leo: “Ele está sofrendo, porque não sabe se o Leônidas é o pai e a Deusa é realmente mãe dele, porque foi criado em laboratório”. A explicação de como se procedia à técnica de clonagem por transferência nuclear causou poucos comentários com respeito à pessoa do clone, dois deles contraditórios: “Eles não eram irmãos”; “Eles são iguaizinhos, ele é o irmão dele”. Nota-se que uma explicação sobre a mesma base biológica pode suscitar entendimentos opostos. Em contrapartida, a explicação sobre a técnica favoreceu idéias de identidade total entre o clone e o original: “Fizeram de novo a mesma pessoa!”, com rejeição do procedimento: “Imagine um monte de Naara!”.

O clone humano desafia a noção ocidental de pessoa como indivíduo porque lhe faltaria a singularidade e a unicidade (Simmel, 1971; Salem, 1997). Considera-se o clone uma cópia, expressão bastante comum entre todos os grupos de informantes. A impossibilidade de constituir a singularidade peculiar ao modelo ocidental de pessoa (o indivíduo) é o fator polêmico tanto entre

usuárias de serviços privados de reprodução assistida oriundas das camadas médias como entre os profissionais desses serviços. Representa-se o clone constantemente como um ser isolado, criado em laboratório e fora dos laços de família e parentesco (Luna, 2001a), de origens indefinidas.

Embora certos especialistas advoguem o uso da clonagem reprodutiva humana como solução para casais inférteis "transmitirem seus genes" (*sic*) (Luna, 2002a), a única informante que se encantou com essa perspectiva de um bebê clonado sugeriu clonar alguém considerado publicamente um ídolo. A se considerar a reação das informantes das camadas populares dos serviços públicos de reprodução assistida e do Instituto de Ginecologia quanto à clonagem, pode-se deduzir que o escândalo diante da perda da singularidade individual no clone não se generalizou nesse grupo. De fato, algumas informantes mencionaram a inexistência de identidade total entre clone e clonado, seja descrevendo a relação como mera semelhança, seja indicando diferenças de personalidade, seja negando a possibilidade de identidade total em função de laços de parentesco distintos. Essa interpretação dos dados reforça a hipótese de que entre as camadas populares a noção de pessoa não corresponde ao modelo ocidental do indivíduo, ou seja, estar-se-ia diante de uma variação do modelo ocidental de pessoa e de parentesco, uma versão com matizes menos individualistas. De modo semelhante, nas camadas populares parece haver uma adesão menor às representações vindas da biomedicina e da ciência em geral, a despeito da enorme popularidade dos exames de DNA nesses segmentos (Fonseca, 2002, 2004).

## Personificação

Há diversos exemplos de personificação em expressões das novas tecnologias reprodutivas, atribuindo características de pessoa a entes biológicos.[35] Chamar a doação de embriões de "dar os filhos" é um exemplo. Uma informante de serviço privado de reprodução assistida repete o comentário que ouviu dos médicos enquanto monitorizavam sua ovulação por meio de ultrassonografia: "Seus ovários não têm 38 anos. Gente! Seus ovários são maravilhosos". Um profissional entrevistado referiu-se à "idade do óvulo". Criticando o uso da ICSI sem indicação clínica, ele perguntou: "Para que é que eu vou traumatizar mais o óvulo?", por causa da perfuração que a microinjeção faz no citoesqueleto do gameta feminino. Durante a conferência "Bases moleculares da fertilização natural e artificial de óvulos humanos", foi exibido um *slide* com a seguinte questão: "*How does the successful egg differ from the others?*".[36] Perguntar como óvulos bem-sucedidos diferem dos outros, da mesma forma que os exemplos sobre distribuir filhos, idade cronológica e traumas físicos, é um modo de representar óvulos, embriões e ovários em forma de pessoa.

Durante uma palestra, o médico de um centro de reprodução humana projetou a imagem da placa de Petri contendo um embrião formado por FIV e continuou a explicar o processo de transferência dos embriões: “Tira-se o embrião do ‘bercinho’ com pipeta...”. Além de chamar de bercinho a peça sobre a qual se colocam óvulo e esperma para realizar a FIV, ao final da palestra ele perguntou à embriologista se o laboratório estava ocupado. Ela respondeu: “Há ‘bebês’”, referindo-se aos embriões.

O embrião é o ente mais notório nesses processos de personificação. Durante a explicação para uma turma de estudantes de teologia sobre o cultivo de embriões para obtenção de células-tronco, uma aluna perguntou: “O que são embriões? São bebezinhos?”. Personifica-se o embrião com base na similitude com a figura humana, negada por especialistas. No caso do embrião extracorporal, essa profissional justifica o descarte dos embriões cujo desenvolvimento cessou:

> *Se tem algum embrião grau quatro, que é um embrião que tem mais de 30% de fragmentação, provavelmente é um embrião que não vai mais adiante. (...) A gente mantém em cultura por mais dois dias. Você mantém em meio ideal, só que eles param. Só chega a blastocisto o embrião que é muito diferenciado. Foram eles que pararam, não fomos nós que excluímos. A gente tem embriões congelados que são embriões bons. (...) Ele é que se definiu, não fomos nós.* (Médica, serviço privado de reprodução assistida)

É patente a atribuição de autonomia ao embrião fora do corpo: “É ele que se define”. Pode-se representar o embrião dentro do útero como um ser frágil, necessitando de ajuda:

> *Eu achei que eu estava grávida. Mas, pelo ultra-som, você via que (...) o embrião estava querendo desenvolver. (...) A pessoa quando faz assim tem que ter o medicamento para tomar. Não falhar. De eu tomar ali para não descer, porque se você falhou, o bichinho não ‘güenta’, ele não resiste. Ele está fraquinho dentro de você. Toda a comida que você se alimenta, soro, tudo o que você tomar e tudo o que for não adianta. Você não segura. O que segura é o medicamento que o médico vai passar para você.* (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 40 anos)

Essa informante chegou a engravidar em sua tentativa de FIV: a ultrasonografia permitiu visualizar o saco gestacional. Durante os três primeiros meses, é necessário que a paciente receba suplementação de progesterona para “segurar a gravidez”, expressão corrente entre os médicos. O serviço fornecia essa medicação gratuitamente, mas o estoque terminou e a usuária

não teve recursos para comprá-la. Na carência do hormônio, ela abortou espontaneamente. Por meio da tecnologia de visualização, a ultra-sonografia, ela reconhece um embrião que "quer se desenvolver", atribuindo-lhe certa autonomia de vontade. Em fala afetiva, o embrião é um "bichinho" fraco que necessita de ajuda para resistir. Não é da mãe que depende "segurar" a gravidez, mas do medicamento prescrito.

Além do embrião, representa-se o espermatozóide freqüentemente em forma personificada. O urologista entrevistado descrevia a motilidade dos gametas masculinos: o tipo ideal é quando "o espermatozóide corre rápido e reto". Na comunicação "Fatores prognósticos da fertilização no fator masculino", dr. Carlos Carizza descreveu o espermatozóide de acordo com as representações do gênero masculino – "O espermatozóide deve penetrar, por isso precisa ter força" –, enquanto um *slide* mostrava o texto "Agressividade e sobrevida do espermatozóide".[37]

A simbólica de gênero associada à masculinidade reflete-se no comentário que o marido ouviu quando sua mulher ia se submeter a uma inseminação intra-útero. O profissional o advertiu sobre a pequena probabilidade de êxito, porque seu último espermograma feito imediatamente antes do procedimento apresentou alterações: "É como ir para a guerra sem armas". Eis uma imagem de gênero masculino associando fertilidade e belicosidade. A caracterização do espermatozóide como um agente ocorre também na fala de leigos. O companheiro de uma usuária do Instituto de Ginecologia queixou-se da falta de estímulo para fazer o espermograma, atribuindo a isso o resultado ruim: "Os espermatozóides devem ter ficado até sem vontade". O marido de uma usuária da mesma instituição tinha dúvidas se usariam seu sêmen em caso de uma FIV. A esposa lhe respondeu: "O banco de esperma quer matar, mas os sêmens são vida. Quando o homem bate punheta, aquilo ali também não é vida?".[38]

A troca do material germinativo no laboratório associada ao adultério foi tema de brincadeiras do médico, amigo do casal, por ocasião da coleta de sêmen para a FIV de uma informante: "Aí, meu marido fez a retirada do espermatozóide. Ele [o médico] pegou o espermatozóide e falou: 'Deixa ver se está tudo bem. (...) Estão todos bem'. Até mexeu com ele: 'Só tem um problema: eles são louros e cabeludos'. Meu marido é careca". Essa usuária de serviço privado de reprodução assistida, com 34 anos, relata o gracejo rindo. A brincadeira envolve a personificação dos espermatozóides, caracterizados com uma aparência incompatível com a do homem do par reprodutivo, o que implicaria a troca de material, gerando prole ilegítima. Outro exemplo de personificação envolvendo o óvulo, além do espermatozóide, veio de uma profissional de serviço de infertilidade que estava descrevendo as diferenças entre os procedimentos da FIV clássica

e sua variante com micromanipulação, a ICSI. Na primeira, "você coloca o espermatozóide e o óvulo para namorar". A última expressão está difundida no meio: usuárias na sala de espera pilheriavam: "ICSI é mais preguiçoso, na FIV põem os dois para namorar". O "preguiçoso" seria o espermatozóide que precisa da microinjeção para sua introdução no óvulo com a técnica de ICSI. Veja como este embriologista contrasta a FIV e a ICSI:

> *O que é fertilização* in vitro *convencional? Eu coloco o óvulo em contato com os espermatozóides e o espermatozóide (...) sozinho vai fertilizar esse óvulo. E é o que ele não conseguia, fertilizar esse óvulo sozinho. Então ele é passado para outro sistema de fertilização que a gente chama de ICSI, injeção intracitoplasmática de espermatozóide, porque o problema de receptores de membrana desaparece na ICSI.* (Embriologista)

O que as pacientes chamaram de preguiça pode ser traduzido biologicamente como problema de interação de receptores na membrana citoplasmática do óvulo, mas de toda forma trata-se uma atividade que o espermatozóide não conseguiria fazer "sozinho". Emily Martin (1991) já analisou, em livros textos usados nas faculdades de medicina nos Estados Unidos, a personificação do óvulo e do espermatozóide como um romance de conto de fadas que reproduz os estereótipos de gênero. Cabe aqui um exemplo brasileiro dessa descrição marcada por gênero citada na literatura de divulgação da reprodução assistida. O autor descreve a ejaculação na vagina como um trajeto em que "não faltam armadilhas", pois muitos espermatozóides são "retidos na vagina, um ambiente quimicamente hostil". A "jornada" prossegue: "no muco cervical, há o risco de ataque de células de defesa do organismo feminino, que podem estranhar os invasores". Comenta-se a possibilidade de "desencontros" (*sic*) quanto ao período máximo que o óvulo sobrevive "à espera da fecundação", e o que ocorre "se o espermatozóide não chega" (Abdelmassih, 1999: 25-26).

O autor compara o contato de óvulo e espermatozóides ao "ataque de minúsculas naves espaciais invadindo um imenso planeta". A zona pelúcida, camada de revestimento do óvulo, "constitui o último obstáculo a ser vencido". Usando outras metáforas de conquista, ele observa que a "vitória na batalha pela fertilização não é obra de um herói solitário", mas que "somente a insistência de um grande número de espermatozóides, atacando a célula com suas enzimas especiais, pode minar a defesa da grande célula". Em vez do caubói aventureiro solitário, trata-se de um exército de ocupação do território, em que apenas "um deles é admitido pelo óvulo". Ao acoplar-se à membrana ele "dispara uma reação química que impede a passagem dos outros" (Abdelmassih, 1999: 26-27). Na etapa final todos os restantes colaboraram, mas o herói

selecionado da tropa ganha a exclusividade da conquista em que tantos ficaram pelo caminho. Essa descrição da "jornada" dos espermatozóides dentro do trato genital feminino até a fertilização corresponde a uma observação sobre representações do sistema imune: a pessoa se torna uma observadora da agência dos outros dentro de si (Martin, 1992b).

Além da personificação de embriões que se definem autonomamente, do namoro de óvulo e espermatozóide, de espermatozóides preguiçosos, aventureiros e guerreiros, há uma série de conceitos clínicos, em que se usam imagens de caráter social para descrever processos biológicos: na "competição espermática", representam-se espermatozóides como atletas em disputa; no "recrutamento folicular", os folículos ovarianos como soldados, na "coorte folicular", comparam-se os folículos aos destacamentos do exército do Império romano. Se a natureza serve de modelo para pensar relações sociais, por um lado; por outro, formas sociais, como a de "competição", "o recrutamento" ou a "coorte" servem para nomear processos biológicos. Cabe aqui a reflexão de Cussins (1998a) sobre o fato de as novas tecnologias reprodutivas implicarem uma cadeia de transações entre o natural e o cultural que não apenas fundamenta o cultural no natural, mas dá o poder de explicação ao natural, por meio de vínculos com categorias socialmente relevantes. De maneira bastante durkheimiana, imagens da sociedade servem para descrever órgãos e processos biológicos, o que mostra uma "socialização do natural" segundo Cussins (1998a: 64). Não há simples subordinação de parâmetros sociais aos naturais, mas ora a natureza explica a sociedade, ora a sociedade dá sentido à natureza.

## Natureza, Tecnologia e a Transcendência

A dimensão da escolha está presente na adoção. A escolha aparece implicada na reprodução assistida de uma forma que o "parentesco natural" não estaria. A ciência, em sua versão aplicada, que é a tecnologia, permite ampliar as margens de escolha das pessoas que querem ter filhos valendo-se de novos métodos. Na instituição que oferece apenas o tratamento convencional para a infertilidade, a médica fala para sua paciente: "Aqui não se faz fertilização *in vitro*. Vão fazer procedimentos diagnósticos por um ano para ver a causa da infertilidade e tratam. Você e seu marido vão engravidar sozinhos". Ao passo que no tratamento convencional o casal engravida sozinho "após os médicos tirarem os obstáculos", na reprodução assistida a mediação da técnica permite a gravidez, conforme as palavras do diretor de um serviço de reprodução humana: "Estamos ajudando um processo que deveria ser natural e não é. Estamos juntando um espermatozóide e um óvulo e rezando para tudo dar certo".

Em palestra de um serviço de infertilidade, o médico classifica os métodos, segundo sua complexidade, em reprodução assistida de baixa tecnologia (inseminação intra-uterina) e de alta tecnologia (fertilização *in vitro*). A micromanipulação de gametas na ICSI implica um grau de complexidade mais elevado. Mais adiante, ele descreve uma técnica para melhorar a qualidade do óvulo, a transferência citoplasmática. Embora reconhecendo a eficácia do procedimento, o palestrante qualifica a técnica como "excessivamente sofisticada" (*sic*). Resta a quem analisa as tecnologias reprodutivas definir o que seria excessivo em tecnologia e por que se designam alguns procedimentos dessa forma e outros não. Strathern (1992b) destaca que uma das implicações das tecnologias de procriação consiste em deixar de perceber a reprodução como paradigma de processo natural em função da assistência prestada pelos métodos. A própria classificação dos métodos em termos de complexidade tecnológica implica um grau maior de intervenção sobre o corpo e conseqüente afastamento do que se considera natural.

O afastamento dos métodos da natureza também é objeto de reflexão das pacientes. Uma usuária do Instituto de Ginecologia da UFRJ buscava fazer a cirurgia de reversão de laqueadura, quando ouviu a explicação sobre a FIV. Ela preferiria a operação, por causa do receio de troca de material reprodutivo, e completou: "Natural é uma coisa mais segura". A natureza apresentaria menos perigos do que a técnica. Pacientes de um serviço público de reprodução assistida comentavam na sala de espera sobre a diferença entre fazer o tratamento de inseminação e o FIV: "Inseminação é quase natural, é só uma injeção".

Elas mesmas fazem uma classificação das técnicas conforme sua proximidade com o natural. Uma usuária de serviço público de reprodução assistida, quando falava da dificuldade de que os embriões se implantassem após a transferência, observou: "Bebê de proveta é um tipo de gravidez artificial". Por não ser natural, esse início de gravidez é problemático. Outra usuária do Instituto de Ginecologia da UFRJ comenta sobre a possibilidade de "fazer o bebê de proveta": "No meu pensamento, teria que fazer o básico, o normal, como a mulher engravidar do homem". O método se afasta do processo natural de reprodução em que a mulher engravida do homem, sem auxílio externo. A reflexão dessa informante que teve filho por intermédio da reprodução assistida converge com o pensamento das demais, em sua expectativa de engravidar por meio da relação sexual: "A minha vida inteira eu achei que gravidez, a gente tem que transar e engravidar e que aquilo é Deus que botou. (...) Eu fiz isso, porque eu quis muito e hoje eu não sou contra o processo que eu fiz" (Usuária, serviço privado, 42 anos).

Outra informante, que teve gêmeos após tratamento de FIV, conta a reação de estranhamento por uso de técnica em que o médico faz engravidar sem relação sexual:

> *C –Só teve uma pessoa que perguntou para mim se eu achava que era a mesma coisa de ter tido um filho normal, sem precisar (...) de médico para fazer. Foi uma pessoa que tinha problema e não teve coragem de ir atrás, que achou que não era certo. Eu estava grávida. Ela perguntou para mim se eu achava que era a mesma coisa que ter numa relação sexual.*
>
> *Naara – E você falou o quê?*
>
> *C – Eu falei (...) que era filho, que se não deu para ser de um jeito, vai ser de outro.* (Usuária, serviço público de reprodução assistida, 37 anos)

A despeito de frustrar as expectativas de engravidar de forma "normal", vê-se a técnica positivamente porque alcançou o resultado, o filho, independentemente do modo como foi feito. A intervenção humana permite o que seria impossível em condições 'naturais'. Esta informante fala de forma positiva do tratamento:

> *Começou o processo de medicamento, de vacina, de injeção de hormônio para produção de óvulos. (...) Foi tudo muito mais fácil e rápido do que eu imaginava. (...) É como o homem pode intervir na natureza da coisa. (...) Graças a Deus, eu tive acesso. Que loucura você pensar que a ciência chegou a mim.* (Usuária, serviço privado de reprodução assistida, 34 anos).

Nem sempre se considera positiva a intervenção humana na natureza. Compara-se a artificialidade da procriação de laboratório à produção em série nas fábricas, prevendo-se a possibilidade da ectogênese mediante útero artificial. Em um mundo semelhante ao *Admirável Mundo Novo* de Huxley, tais processos desencadeariam o fim do amor e da sexualidade:

> *Quer dizer, virou uma coisa meio produção em laboratório. (...) Eu acho uma coisa meio louca. Acabou o sexo, acabou o amor. Pode-se produzir um filho no laboratório. E o que eles querem é fazer um útero artificial, que não precisa mais engravidar. (...) Aquela magia toda da inseminação, da fertilização, que acontece no útero, acabou. E até que ponto que isso vai? Até o clone.* (Médica, serviço público de infertilidade)

A clonagem humana é o processo que mais se associa à artificialidade, daí suscitar rejeição da maioria, como esta usuária de serviço privado de reprodução assistida: "Ah, isso é uma viagem total. Não existe. Não tem que acontecer. Isso é sair demais da coisa da natureza, entendeu? Não aceito. Não concordo".

Se a clonagem se afasta demais da natureza, é porque a natureza estabelece parâmetros a serem seguidos. Um profissional discorre a respeito:

> *Até que ponto você, como humano, tem o direito de ultrapassar a fisiologia reprodutiva e criar vida onde a natureza disse que ela não deve mais ser criada? Essa é a pergunta. Você tem duas respostas: devemos obedecer à natureza; devemos fazer o que a natureza determina. Se você levar isso em consideração, quando um vulcão explodir e matar gente, você deve deixar todo mundo morrer.* (Médico, serviço público de infertilidade)

Hirsch (1999) identificou essa tensão quanto às novas tecnologias reprodutivas em sua pesquisa de campo na Inglaterra: é aceitável que tais técnicas aperfeiçoem a natureza, desde que as mudanças permaneçam fiéis aos princípios da natureza. Iacub (2000) discute a orientação, proposta pelo direito, de fazer da filiação “natural” o modelo para todas as procriações, de modo que as procriações artificiais se assemelhem ao máximo às naturais. Segundo Salem (1995), a legitimidade das relações de parentesco engendradas por meio dessas tecnologias pressupõe sua semelhança e proximidade com as relações biológica ou geneticamente dadas, o que constitui uma afirmação da ordem natural como ordem moral por excelência. Há tensão entre parâmetros e a “possibilidade de fundar a ordem reprodutiva em escolhas, desejos e direitos individuais” com as tecnologias de procriação (Salem, 1995: 64). Na crítica, associa-se o uso da clonagem para reprodução à amplitude do leque de escolhas:

> *Está passando dos limites. (...) Daqui a pouco não vai virar mais humano, vai virar máquina. Aperta um botão e sai um menininho (...) Quer louro de olho azul? Aperta um botão. Não precisa nem ficar nove meses na barriga. (...) Pode ser que mais tarde isso seja normal. (...) Acho que não tem Deus aí. Não tem natureza. (...) Abrir mão demais da natureza, que é uma coisa tão linda.* (Usuária, serviço privado de reprodução assistida, 42 anos)

O excesso seria o ser humano virar máquina e se reproduzir como máquina. A reprodução não natural permitiria a escolha de todos os aspectos do filho tal qual um produto, além de prescindir da gravidez. Associa-se ausência de Deus e ausência de natureza no projeto da clonagem humana. A mesma informante acredita que a intervenção humana mediada pela razão resulta da vontade divina: “Deus não queria que eu fosse mãe, eu achava isso. Um dia eu pensei: Deus deu ao homem inteligência de fazer isso. As mulheres serem mães, quem não podia” (Usuária, serviço privado de reprodução assistida, 42 anos).

Nos depoimentos, é recorrente invocar a vontade de Deus para explicar situações de esterilidade. Houve número expressivo de mulheres que formularam

opiniões ou repetiram expressões ditas por seus maridos ou familiares: “Deus sabe o momento certo de vir o filho”, “É da vontade de Deus”, “Quando Deus quiser virá”, além de conselhos para “ter fé em Deus” ou “esperar em Deus”. Uma informante do Instituto de Ginecologia afirmou: “Se eu tiver de ter, eu vou ter. Se não tiver, Deus sabe das coisas”. Não apenas as pacientes faziam esse tipo de observação, também profissionais evocavam a vontade divina. No mesmo serviço, uma médica dizia: “A gente não engravida ninguém, quem engravida é Deus”. Para outra paciente ansiosa, ela falou: “Quem decide quando ter filho é Deus, e a pessoa não pode se cobrar isso... Os médicos apenas tiram as pedras do caminho”. A mãe da paciente reagiu: “Abaixo de Deus está o médico. A gente precisa confiar no médico e esperar que ele dê informações”.

A menção a Deus nesses diálogos não é casual, pois se consideram fertilidade e infertilidade, bênção ou castigo divino nas representações de maternidade de classes populares (Dauster, 1983). Segundo Dauster, o tema do filho como dádiva de Deus tem o pressuposto de que a reprodução humana é evidência da relação entre as instâncias divina e humana. A experiência de outra usuária do Instituto de Ginecologia da UFRJ é um exemplo. Ela perdeu as trompas e não pôde mais engravidar. Algumas pessoas falavam que isso era “coisa de Deus”, mas, estudando a Bíblia, ela aprendeu que “Deus criou homem e mulher para ter filhos”. Viu, então, que “tinha direito a ter filhos” e decidiu-se a buscar o tratamento de FIV. Essas informantes vêem na técnica um instrumento humano para efetivar as bênçãos de Deus na procriação.

Uma profissional de reprodução assistida disse sentir-se colaborando para o desenvolvimento dos embriões por meio de seu trabalho: “Você está na fase inicial de desenvolvimento, onde hoje, a ciência, a tecnologia, a graça divina permitem que a gente colabore de alguma forma”. Não há contradição, mas trabalho conjunto de ciência, tecnologia e divindade. Há um paralelo aqui entre Deus e natureza, com a técnica gerada pelo desenvolvimento cultural humano intervindo na natureza para dar assistência ao processo reprodutivo. Não foi por acaso que a clonagem humana estava em oposição a Deus e à natureza. Deus estabeleceu os parâmetros da natureza, daí o dever de respeitá-los para garantir a perpetuação da espécie humana mesmo com a intervenção da técnica. A dimensão da transcendência está presente no processo reprodutivo. Na reprodução, articulam-se “três eixos: o do sagrado, o da natureza e o da cultura” (Dauster, 1983: 21).

É necessário distinguir representações de ordem natural à qual se atribui um valor moral e representações da biologia. A seleção natural é a representação de um processo biológico evocado diversas vezes por profissionais entrevistados. Homens inférteis devido a anormalidades cromossômicas, recorrendo a ICSI,

podem gerar filhos com os mesmos problemas, em um processo que a seleção natural barraria não fosse a técnica.[39] Um dos médicos entrevistados critica a técnica de transferência de citoplasma, porque geraria uma situação anômala, a presença de DNA mitocondrial de duas origens diferentes. Essa situação é impossível na fertilização porque as mitocôndrias do espermatozóide não entram no óvulo, e mesmo quando introduzidas com o espermatozóide inteiro na ICSI, elas são eliminadas: "Quando o DNA que vem é feminino, parece que a natureza não consegue degenerar esse DNA mitocondrial da doadora, e acontece na criança uma heteroplasmia que, pelo jeito, a natureza, até aquele ponto, mesmo com a ICSI, tentou brigar contra" (Serviço privado de reprodução assistida).

O informante considera esse resultado uma "situação totalmente diferente, anômala". Franklin (1999) observa que a natureza é redesenhada (*redesigned*). O êxito na clonagem de Dolly teria inaugurado a "era do controle biológico", nas palavras de Ian Willmut, o seu criador. O nascimento da ovelha conferiria poderes de recriar (*re-author*) a biologia (Franklin, 2001). Com a crença na possibilidade de não apenas dominar, mas "recriar" (*re-author*) a natureza, ainda é possível tomá-la como autoridade moral? Os debates em torno do darwinismo no final do século XIX diziam respeito à substituição de Deus pela Natureza. Na teoria darwinista, secularizou- se a ordem hierárquica da Criação, de modo que o poder passou a vir da Natureza, e não mais de Deus (Franklin, 1997).

Analisando o debate sobre risco ambiental no século XX, Douglas e Wildavsky (1983) afirmam que Natureza e Deus são dois árbitros externos aos sistemas sociais, ambos com poderes de punir. A ciência substituiu Deus como fonte de explicação e ameaças. Em termos de grande controlador, a Natureza seria a coisa mais próxima de Deus. Nas declarações de alguns profissionais entrevistados, em particular de médicos, considera-se a seleção natural um processo benéfico da Natureza. A interferência nesse processo pelas tecnologias de procriação suscita preocupação quanto a riscos desconhecidos. Nessa representação, a Natureza é tanto a biologia em si como um referente do que é bom para continuar a existência, uma autoridade moral sobre o que deveria ser. À Natureza se contrapõe a tecnologia, um resultado do desenvolvimento cultural humano. Relacionando sociedade e tecnologia, Latour diz: "sociedade é tecnologia feita durável" (*apud* Strathern, 1999b: 212).

Há convergências temáticas e divergências no tocante às representações de pessoa e de parentesco de grupos heterogêneos de informantes. Constata-se um sistema comum de símbolos de parentesco que opõe basicamente o sangue e a criação. O sangue pode ser ressignificado como DNA. Essa simbólica comum

não significa que a organização social do parentesco seja a mesma para os grupos. O sistema de símbolos de parentesco é comum, mas identificam-se diferentes representações de pessoa. Entre os profissionais envolvidos em reprodução assistida, predominou a representação de pessoa como indivíduo, em imagens tingidas de matizes biologizantes. Esse grupo confirma sua adesão aos valores do individualismo moderno ocidental, no modelo de pessoa descrito por Strathern como típico do parentesco euro-americano (1992a, 1992b). Entre as pacientes das camadas médias, verificou-se maior adesão ao saber na definição de pessoa e de parentesco, apresentando concepções individualizadas de pessoa com menos referências biologizantes. Houve mais diversidade nas representações de pessoa das informantes das camadas populares, alternando-se o modelo moderno individualista com noções tradicionais do campo religioso, como "uma vida". Ao passo que para os profissionais e as informantes das camadas médias a singularidade e a unicidade da pessoa são valores dominantes, houve um grupo significativo de informantes das classes populares que não manifestou tanto apreço a essas noções, o que decorre de uma visão mais relacional de pessoa. A despeito disso, há o idioma de parentesco comum entre as usuárias: valorizam-se os laços de pertencimento pela filiação e o próprio filho, independentemente da origem social das informantes.

Ingold (1990) define pessoa como corporificações de relacionamentos. Pessoas existem e persistem à medida que são ativamente mantidas no movimento da vida social. Nesse sentido, conforme as representações dos informantes bem como dos saberes aqui apresentados, o embrião é pessoa. O embrião corporifica relacionamentos de parentesco e é um personagem ativo no movimento da vida social, além de alvo de intensos debates. De modo geral, não se encontrou entre os informantes uma negação absoluta de sua condição de pessoa, mas uma discordância sobre como reconhecê-la. Os parâmetros seriam biológicos, afetivos, relacionais, metafísicos. Os diferentes grupos e saberes significam a condição humana do embrião de modos variados. O clone emerge como nova figura virtual de pessoa, temida pela maioria dos informantes por negar a singularidade individual, mas integrada aos laços de parentesco segundo a representação de uma minoria.

A despeito da heterogeneidade dos entrevistados, no tocante ao parentesco, há pelo menos uma grande categoria presente para todos, o sangue. A preocupação com o uso das técnicas é propiciar o parentesco de sangue. Sangue, às vezes, se aproxima do discurso biomédico e vira DNA. Mas a preocupação com o sangue ultrapassa questões de medicalização da herança genética. O sangue garante a semelhança física e de caráter entre pais e filhos. Evoca-se o DNA como nexo entre as pessoas, mas a gravidez, mesmo na

ausência dos genes certos em caso de doação de gametas, é outra forma de criar vínculos de substância entre mãe e filhos, com transmissão de alimento, amor, caráter. As tecnologias de procriação permitem a circulação de substâncias germinativas entre as pessoas sem o ato sexual, criando situações novas interpretadas em termos tradicionais: incesto, adultério, adoção. Algumas vezes os sujeitos das técnicas são células, novas figuras de parentesco emergentes. Há uma preocupação com o sangue na geração imediata, já as genealogias são deixadas de lado. Talvez fosse possível preenchê-las com embriões nos bercinhos, espermatozóides guerreiros, ovários de 38 anos.

Natureza, Deus e Ciência se conjugam para permitir a reprodução: ter filhos é processo natural, é dádiva de Deus, são os médicos que fazem engravidar. Embora reconhecendo o caráter artificial das técnicas em contraste com o ato sexual e a reprodução, vistos como naturais, o discurso das informantes manifesta pouco interesse em opor o cultural e o natural no parentesco. Surge a oposição entre sangue e criação/educação, mas o que importa de fato é considerar verdadeiro o vínculo de pertencimento e proteger o vínculo da instabilidade, independentemente de sua constituição por meio de procedimentos legais ou técnicas reprodutivas. A herança de sangue mescla o natural e o social. A dimensão da escolha de ter filhos de determinada forma e com um certo parceiro não se reduz ao aspecto social, pois tais escolhas visam a se conformar ao ditos "fatos da natureza", como a transmissão genética ou a gravidez e o parto. Percebe-se a tentativa de conciliação entre estes e a escolha mediada pela técnica. Há permuta de atribuições de sentido natural e social ou cultural. Descreve-se a gravidez em termos da atividade social de cuidar dos filhos. A Ciência, resultado da invenção humana e pertencente à esfera da Cultura, pode auxiliar a Natureza, desde que não contrarie seus princípios gerais.

Identifiquei um sistema comum de símbolos e representações de parentesco em que se definem as pessoas relacionalmente com base em seus laços de sangue, sangue este percebido como herança que envolve tanto o lado biogenético como a tradição de família. Essa noção difere de uma visão biologizante de hereditariedade apresentada por certos segmentos da área de biomedicina, em que o comportamento social está inscrito nos genes. Pode haver uma origem comum, e mesmo comunicação com intercâmbio de significantes como o teste de DNA entre essas duas visões de "herança", mas uma não se reduz à outra.

## NOTAS

1 A comparação do parentesco português com o inglês leva a conclusões semelhantes (Bouquet, 1993). A noção de indivíduo como valor é a referência para o caso ocidental (Dumont, 1992, 1997). No direito e na bioética, saberes eruditos emergentes da cultura ocidental, o modelo de pessoa é o indivíduo. O discurso da doutrina católica absorve esse modelo no que se refere à discussão sobre o embrião humano (Luna, 2002c).

2 Autoras de orientação feminista (Stolcke, 1986, 1991) e uma psicóloga entrevistada afirmam que os maridos impelem as mulheres a fazer o tratamento em vez de procurar a adoção. Alguns exemplos reforçariam essa tese e outros a contradizem, como a persistência da mulher no tratamento para engravidar.

3 Um comentário sugeria a comunhão de substância do casal no filho: "Não vai ser seu filho. Vai ter metade do teu código genético", como se a união do casal constituísse um código genético único, prévio à procriação. A maioria das gestantes substitutas das agências de intermediação nos EUA preferiu FIV à inseminação, para não ter vínculo genético com o feto, o que assinala a importância dos laços genéticos (Ragoné, 1998).

4 Segundo pesquisa etnográfica nos EUA (Roberts, 1998), a metáfora para o papel da substituta é de receptáculo do bebê em favor do casal. Casais usam a expressão afetiva "máquinas de fazer bebês" (*baby machines*), e as gestantes substitutas falam de si como incubadoras (*incubator*) e jardim do bebê ("*I was his garden*"). Negando o vínculo, algumas, embora contrárias ao aborto, abortariam a pedido do casal.

5 Veja a discussão de Salem (1995) sobre a necessidade de anonimato para a doação de sêmen.

6 A psicanálise aborda o desconhecimento das origens individuais no tocante à adoção, à doação de gametas e na prática na França de *l'accouchement sous X* – regra legal que omite o nome da mulher que dá à luz na declaração de nascido vivo da maternidade – e critica o conjunto dessas práticas (Daubigny, 2003). Aí, as origens verdadeiras se superpõem às biológicas, partindo do postulado de que a biologia é a verdade do sujeito.

7 Na Inglaterra e na Suécia, os filhos adotivos têm direito de conhecer a identidade dos "pais biológicos" ao chegar à maioridade, uma regra que se reflete no debate sobre o anonimato do doador de gametas (Leite, 1995). A ministra da Saúde na Inglaterra propôs que pessoas geradas por doadores de gametas tenham acesso à identidade destes aos 18 anos (Duarte, F., 2004). A medida provocou escassez de doadores ingleses. Um dos projetos de lei sobre reprodução assistida em tramitação no Congresso Nacional traz essa sugestão (Diniz, 2003).

8 Refere-se a *Barriga de Aluguel*, novela de Glória Perez: Ana, tendo problemas no útero, contrata Clara para ser mãe gestacional; Clara recebe o embrião formado com o óvulo de Ana e o sêmen do marido desta. Após o nascimento, Clara se recusa a entregar o bebê, e ocorre a disputa pela tutela da criança.

9 A adoção à brasileira consiste em registrar como sua uma criança ofertada voluntariamente pelos pais, um fenômeno estudado entre casais das camadas médias por Costa (1988). Vários entrevistados de todas as camadas sociais tinham casos de adoção em família ou passaram por experiências temporárias.

10 Programas jornalísticos ocultam o rosto dos receptores de gametas e de embriões, medida que não é tomada com famílias que recorreram à gestação substituta, o que evidencia a importância do segredo na doação (Luna, 2000). Nos EUA, há casais que selecionam os receptores de

seus embriões excedentes, o que rompe o anonimato na doação, cf. documentário *Globo Repórter*, exibido pela Rede Globo em 20/04/2001.

11 Um médico do serviço público conta que, na década de 1970, aquele centro fizera "precariamente" inseminação com doador de sêmen "conhecido" e "arranjado pela própria 'cliente'. Tais práticas logo acabaram. No depoimento, fica clara a iniciativa da "paciente".

12 Agradeço a Fernanda Eugênio, que me relatou esse caso registrado em seu trabalho de campo.

13 Cf. comunicação "Óvulo: doação altruística ou compartilhada?", do dr. Joaquim Costa, na mesa "Controvérsias" do V Congresso da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida. A doação compartilhada é alvo de polêmica, dada a assimetria entre a doadora e a receptora, envolvendo o fluxo de gametas femininos por um lado, em troca do custeio de medicamentos, e tratamento de outro, o que sugere relações de exploração.

14 Essa exclusão sugere a inexistência de clientela negra ou com ascendentes negros nas clínicas particulares de reprodução. Segundo Costa (2003), em pesquisa sobre racialização e etnia no contexto de doação de gametas, médicos de bancos de sêmen justificam o pequeno número de doadores negros por pouca demanda.

15 O desenvolvimento embrionário em ovos de galinhas fora observado sistematicamente por autores do *corpus* hipocrático entre os séculos V e IV a.C. Tais observações foram retomadas no século XVII, incluindo outras espécies e generalizando os resultados para o desenvolvimento humano (Correia, 1997).

16 Schmitt (1998) descreve uma visão da monja Hildegarde de Bingen, em que a alma com aspecto material de uma bola de fogo entra no feto, em forma completa de ser humano, na barriga da mãe.

17 Na análise de Dumit (1997) há um exemplo da redução da idéia de mente ao funcionamento do cérebro representado fisicamente no exame de *PET scanning*. Viveiros de Castro (1996) comenta que, ao se excluir a dimensão de sobrenatureza da cosmologia ocidental, o modo de universalizar o espírito é identificá-lo à estrutura e funcionamento do cérebro. Identifica-se o universal com o natural: o físico.

18 Em 1994, o papa João Paulo II criou a Academia Pontifícia para a Vida, cujo objetivo é "estudar, informar e dar formação no tocante aos principais problemas na biomedicina e no direito relativos à promoção e à defesa da vida, sobretudo em relação direta com a moral cristã e com as diretivas do Magistério da Igreja". Seus membros representam ramos distintos das ciências biomédicas e outros relacionados à promoção da vida. Ver página "Pontificias Academias de Ciencias, Ciencias Sociales, Para La Vida" no sítio do Vaticano.

19 Mariz (1998) encontra essa correlação entre os evangélicos de diferentes denominações, ressaltando que o fator 'anos de instrução' seja o preponderante para o grau de tolerância quanto ao aborto.

20 Ao manifestar sua posição contrária ao aborto ou à pesquisa com embriões, representantes da Igreja católica usam muito os termos "vidas" ou "vidas humanas". Cf. a fala do consultor de bioética do papa João Paulo II, monsenhor Elio Sgrecia, contra terapias com células-tronco de embriões: "Não podemos tirar vidas humanas na esperança de descobrir tratamentos que podem salvar outras vidas" (Clonagem é nazismo, 2004).

21 Em caso de uma tentativa de FIV ou ICSI bem-sucedida, o serviço cobra a taxa de manutenção dos embriões criopreservados a partir de seis meses após o nascimento – intervalo para o casal tentar filhos novamente. Quando não há gravidez, os casais procuram logo o serviço para usar os embriões congelados.

22 Segundo Strathern (1992b), essas posições se baseariam em uma visão evolucionista do tempo, identificada com a posição gradualista, e uma visão episódica do tempo, representando um início radical, o que constituiria a visão essencialista. No direito, Leite (1995) fala em teoria genético-desenvolvimentista e teoria concepcionista, e defende a última interpretação no direito brasileiro.

23 Nem todos os embriologistas entrevistados pensavam dessa forma, a despeito da prática profissional similar. Roberts (1998) descreve a criação de vínculos do casal com o feto a partir do acompanhamento das ultra-sonografias. Relativizando o que parece ser a tecnologia criadora de vínculos, Roberts observa que no caso das gestantes substitutas, as imagens de ultra-som não as encorajam a formar vínculos com o feto.

24 Importa analisar o desenvolvimento da noção gradualista. Na construção histórica do par conceitual célula/organismo no século XIX, o organismo é a unidade mínima da vida autônoma (Gusdorf, 1985).

25 Em levantamento de artigos jurídicos (Luna, 2000), parte significativa dos textos de autores brasileiros sobre o estatuto do embrião humano era alinhada com a posição da Igreja católica, como, por exemplo, Diniz (1994) e Mestieri (1997). Para uma posição mais distanciada do debate religioso, ver Soares (1991).

26 Programa *Globo Repórter* sobre famílias dos bebês de proveta, exibido pela Rede Globo em 20/04/2001.

27 Nos Estados Unidos, a organização judiciária e a administrativa variam de estado para estado, bem como o processo civil e criminal (Leite, 1995). Não existe uma lei federal clara sobre a reprodução assistida. Faltam informações para afirmar se a atribuição aos embriões do estatuto jurídico de objeto é generalizada no país.

28 Comunicação apresentada em 26/09/2002 durante o VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida.

29 Segundo Strathern (1988), no conceito ocidental, "propriedade" se constrói como uma relação entre pessoas e coisas, de modo que as coisas são externas às pessoas que as possuem.

30 No momento, isso se dá por meio de registros no laboratório de cada unidade de reprodução assistida, o que inclui os protocolos de consentimento informado do casal analisados por Menegon (2003).

31 Analisando o debate parlamentar na Inglaterra para regulamentar a reprodução assistida, Franklin (1999) constatou ali a representação do embrião como um ancestral comum a todos, um fato universal de humanidade compartilhada, uma vez que todos os seres humanos já foram embriões.

32 Marilu, Mariana, Edna e Débora são pseudônimos de informantes usuárias de clínicas privadas de reprodução assistida. Todas eram pacientes de FIV, exceto Edna, que fez inseminação intra-uterina. O recurso a pseudônimos nesta seção é um meio de nos atermos ao desenvolvimento de cada discurso individualmente.

33 A lógica universalista se relaciona à ideologia individualista moderna, ao passo que a lógica relacional, invocando o laço de sangue, se refere a ideologias holistas, ou dimensões holistas em modelos individualistas.

34 Lévi-Strauss (1993) analisa diversos mitos de sociedades indígenas americanas centrados nas figuras de gêmeos. Desiguais por nascimento, os gêmeos dedicam-se em sua vida terrestre e no além a aumentar a distância existente. Isso se opõe à representação ocidental dos gêmeos como iguais. Segundo Viveiros de Castro (2000), no Ocidente o protótipo da relação é a

semelhança. Entre os indo-europeus, incluídos no Ocidente, a relação de irmão engloba todas as demais (Viveiros de Castro, 1993). A permanência da identidade seria o problema ocidental, ao passo que a fabricação da diferença seria problema dos ameríndios.

35 Essa reflexão se inspira nas análises de Martin (1991, 1992b) e Franklin (1999) sobre a atribuição de características pessoais, sociais e relacionais a microentes da biologia (óvulos, espermatozóides, zigotos).

36 Conferência do dr. Christopher Payne em 25/09/2002, VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida.

37 Comunicação proferida em 25/09/2002 durante o VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida.

38 Encontram-se exemplos antigos de associação entre sêmen e vida na tradição ocidental. Tertuliano, um polemista cristão da virada dos séculos II e III, considera que o esperma emitido já é uma criança e compara a felação com a antropofagia (Veyne, 1990).

39 Cf. comunicação "Aspectos genéticos atuais", apresentada pelo dr. Edson Borges Júnior, na mesa-redonda "Infertilidade masculina" em 26/09/2002 durante o VI Congresso Brasileiro de Reprodução Assistida. Na apresentação, ele avaliou que o risco seria inerente à qualidade do espermatozóide, e não à técnica em si.

# Conclusão

As tecnologias de procriação transformam a análise do parentesco: do estudo de pais, mães, filhos e outros parentes passa-se para um domínio mais amplo, um campo complexo de relações humanas e técnicas (Edwards et al., 1999b). Nesse campo, que envolve relações sociais e tecnologia, despontam valores característicos da cultura ocidental, notadamente a oposição entre natureza e cultura. Nas palavras de Lévi-Strauss (1982), os últimos vestígios de transcendência do pensamento moderno estão nos conceitos biológicos. Nas tecnologias de procriação se manipula a biologia para criar vidas humanas, o que confronta representações ocidentais do processo reprodutivo e das relações de parentesco, antigos símbolos da natureza e da continuidade social. Valores transcendentes permeiam discursos sobre entes biológicos.

Novas técnicas e velhas interrogações. Os debates sobre a clonagem e sobre criação de embriões humanos, sua manipulação e uso em pesquisa repetem os termos do debate sobre o aborto: o embrião tem ou não condição de pessoa humana? Com os embriões criados *in vitro*, o acesso é direto e seu contexto é o de laboratório; é diferente do aborto, em que há relação física entre a mulher grávida e o embrião em seu útero. No caso da clonagem de células embrionárias não há procriação, apenas multiplicação de células em laboratório, o que contrasta com o que ocorre quando se transfere para o útero um embrião, criado por FIV, ICSI ou clonagem. Há jogos de palavras para definir posturas políticas com implicações legais e para a ética em pesquisa. Segundo a geneticista Mayana Zatz (2004), é possível criar células-tronco totipotentes sem a fertilização, por meio da transferência nuclear de célula somática adulta para óvulo enucleado. Se o embrião não surge de fertilização, não se pode lhe atribuir a condição humana? Há notícias na imprensa sobre a formação de células-tronco a partir de óvulos de camundongos que se dividiram por partenogênese, sem fertilização (Zitner, 2001). Esses óvulos teriam constituído embriões? Caso se estabeleça a equivalência entre embrião humano e pessoa, a disputa será para definir se certo material biológico é ou não embrião.

A mediação tecnológica para a reprodução é o ponto comum entre narrativas de progresso biotecnológico nas experiências de clonagem e na pesquisa com embriões e as narrativas de mulheres em tratamento de infertilidade e das equipes médicas que as assistem. No primeiro caso, o objetivo é obter benefícios a partir do progresso científico com a produção de variedades de animais, mas principalmente de células e tecidos humanos. No segundo caso, o objetivo é gerar filhos para quem não pode concebê-los sem assistência, seja por algum problema clínico, seja porque suas práticas sexuais não são reprodutivas – casais homossexuais e pessoas sem companheiro.

Mais do que a análise das técnicas e de seu desenvolvimento, priorizei apreender a recepção dessas tecnologias por quem as usa, ou é delas objeto, no caso, as usuárias de serviços de fertilidade. As tecnologias de procriação ampliam a esfera da escolha reprodutiva, introduzindo terceiros no par reprodutivo (equipe médica, doadores de gametas, cedentes de útero). Essa ampliação suscita mudanças na simbólica de parentesco. O discurso da maior parte dos profissionais alterna representações biologizantes de pessoa e de parentesco, com concepções tradicionais de "família natural" e representações religiosas. A referência à divindade surge também no discurso médico, até para justificar erros e acertos das técnicas: uma "teodicéia" (Weber, 1998) da reprodução assistida não é apanágio do discurso leigo. As referências religiosas confirmam a existência de diferentes graus de adesão ao discurso biomédico entre os profissionais.

A construção do objeto 'novas tecnologias reprodutivas' tem vários aspectos. Na vivência da esterilidade pelas usuárias de serviços convencionais e de reprodução assistida, percebe-se a frustração diante do não-cumprimento do modelo de família centrada nos filhos. Nas camadas médias, encontra-se um modelo mais individualizado de família nuclear. Nas camadas populares, as relações de rede familiar estão mais presentes, ao passo que as relações do par conjugal são mais frágeis (Fonseca, 2000). Há especificidades de classe: a família de camadas médias apresenta um caráter mais autônomo, ao passo que o modelo de família das camadas populares é mais relacional, com influência da família extensa. A família se constitui em função dos filhos: entre as mulheres das camadas médias o modelo de maternidade é de projeto, ao passo que entre mulheres das camadas populares a maternidade é destino inevitável e desejado. Nas camadas médias, o filho é o projeto do casal. Já nas camadas populares, valoriza-se muito a presença de crianças em casa, circulando como bens preciosos entre os consangüíneos de uma mesma família extensa (Fonseca, 1995). A noção de que "um casal sem filhos não é uma família" é onipresente. Nas camadas populares, a cobrança de filhos é quase 'prerrogativa' da família mais

ampla. Nas camadas médias, com o modelo mais individualizado de casal, há outra etiqueta quanto à privacidade, por isso se reduz a interferência quanto à cobrança de filhos por suas famílias mais amplas.

Os casais vivenciam de forma dolorosa a ausência involuntária de filhos. Muitas mulheres de camadas populares queixam-se da casa vazia sem crianças. Algumas informantes das camadas médias relataram a necessidade de "um tempo" para assimilar a descoberta da infertilidade no casal e tomar iniciativas para resolver a situação. Às vezes se experimenta o vazio nos intervalos de tratamentos não efetivos. Vive-se a experiência da infertilidade freqüentemente em segredo. A prática de segredo sobre a dificuldade biológica de procriar e a invenção de desculpas para o círculo mais amplo são comuns. O segredo se estende ao tratamento de infertilidade: muitas confidenciam o recurso ao médico somente para o círculo mais íntimo da família. Outro aspecto do segredo diz respeito às relações de gênero: houve exemplos em que a mulher assumia para si publicamente a infertilidade de seu parceiro. A infertilidade entre homens e mulheres porta representações distintas, porém estigmatizantes. Na mulher, a infertilidade nega a identidade feminina baseada na fecundidade e na criação dos filhos. Entre os homens, a infertilidade implica representações de falta de virilidade. A prática de segredo sobre a infertilidade e o recurso à reprodução assistida se relacionam a noções de privacidade do casal, mas também à vontade de evitar o estigma.

A análise da reprodução assistida também inclui a experiência de casais que já tinham filhos de criação ou adotivos ou de uniões anteriores da mulher – caso das laqueadas ou das que perderam as trompas. Coloca-se a questão: se há filhos em casa, por que motivo procurar a reprodução assistida? Muitas críticas opõem adoção e reprodução assistida, a última entendida como medicalização do desejo de filhos (Corrêa, 2001). Encontrou-se resistência mais forte à adoção justamente entre as mulheres que já tinham a experiência de maternidade, quando os casais contavam com crianças. No caso, não havia ausência de filhos, mas as motivações se relacionavam à constituição do parentesco: o desejo de ter um filho do novo casal, que concretizasse a comunhão da substância de ambos, assinalando o amor conjugal. Os médicos que conheciam essa situação rotulavam rapidamente a iniciativa das mulheres: "quer ter filhos para segurar o marido", um comentário restrito às mulheres das camadas populares. Em contraste com esse comentário do senso comum, não se identificaram relatos de casamentos em crise profunda que seriam "salvos" pelo nascimento de um filho. Havia o desejo de um filho do casal e, por parte das mulheres das camadas populares, um sentido forte de cumprir o papel de gênero feminino de "dar filhos ao marido".

A medicalização da família, política dos Estados nacionais modernos a fim de melhorar a qualidade de suas populações, é um processo que antecede a medicalização da reprodução. A medicalização do parto e do corpo da mulher, com a constituição respectivamente da obstetrícia e da ginecologia, tem lugar no século XIX. Nas duas últimas décadas do século XX, a medicina de reprodução humana se autonomiza em relação à ginecologia e urologia (andrologia) e constitui o casal infértil por objeto. Em seguida aos primeiros experimentos em pesquisa básica, as técnicas de inseminação, doação de sêmen, transferência de embriões pós-lavagem uterina e fertilização *in vitro* se disseminaram na veterinária e na pecuária. Posteriormente, houve uso regular dessas técnicas para solucionar a infertilidade humana. O campo da medicina de reprodução humana tem interface com a pesquisa biotecnológica: certos especialistas desviantes advogam até o uso da clonagem reprodutiva para dar filhos genéticos a casais inférteis. Esse campo não é homogêneo, mas comporta tensões relacionadas à assimilação de inovações técnicas contrapostas à segurança oferecida aos pacientes. Na crítica de intervenções desnecessárias, há propostas de soluções cirúrgicas ou de tecnologias conceptivas mais simples, que implicariam menos intervenção física e redução de custos, com obtenção de resultados similares. Outras tensões da medicina de reprodução humana ocorrem na interface com outros campos, em particular quando se trata de regulamentar a reprodução assistida por meio de legislação no Congresso Nacional. Os especialistas constituem grupos com interesses opostos aos da Igreja Católica e das bancadas evangélica e católica. Com respeito à pesquisa com embriões humanos, houve um alinhamento de valores com as propostas da comunidade científica mais ampla por parte da maioria dos profissionais integrantes de equipes de reprodução assistida e de infertilidade.

Autoras de orientação feminista questionam as tecnologias de concepção por sua efetividade e riscos implicados. Mesmo entre profissionais, reconhece-se o alcance limitado do objetivo final do procedimento: o nascimento de bebês saudáveis. Constrói-se a eficácia das técnicas segundo diferentes parâmetros de gravidez, o que vem muitas vezes mascarar o insucesso. Por outro lado, não se deve entender o engajamento das usuárias no tratamento em termos de submissão a uma lógica medicalizadora de cunho patriarcal. Há que se levar em conta vários aspectos. O primeiro deles é a crença na eficácia da ciência: "com os recursos médicos atuais, há jeito para tudo". Essa crença ultrapassa a narrativa iluminista do progresso científico, libertador da humanidade, e se tinge de aspectos mágicos. A dinâmica dos tratamentos tem similaridade com as práticas mágicas que exigem obediência irrestrita nos mínimos detalhes. Identifiquei homologia com o modelo xamânico de cura (Lévi-Strauss, 1985): a eficácia simbólica do tratamento se dá através de uma tripla experiência da interação

de médico, paciente e público amplo que reconhece o saber do médico e crê no poder da ciência. O engajamento das usuárias apresenta uma dinâmica semelhante à dos jogos de azar, que envolve chance e risco. Elas se centram nas chances e em geral persistem o máximo possível dentro de suas condições (recursos financeiros, limites do serviço público), crendo que a persistência terá recompensa. Há racionalidade em sua postura, pois, mesmo quando as chances são mínimas, julga-se válida a tentativa de reprodução assistida, visto ser o único recurso possível para a gravidez. A atitude mais comum das usuárias quanto aos riscos foi alegar fé em Deus e confiança no médico, considerando os riscos outro obstáculo a vencer na luta pelo objetivo. Destaca-se que a paciente percebe o risco segundo sua própria expectativa. Assim, pode-se encarar o nascimento de múltiplos como uma contingência feliz, a despeito do alerta quanto aos riscos para a saúde materna e dos bebês.

A interação médico-paciente é uma relação entre aliados, o que implica a confiança da paciente em seu médico. Tanto em clínicas privadas como em serviços públicos, na área de reprodução assistida, é comum haver alternância de médicos nos diferentes momentos do ciclo, o que não impede que as usuárias reconheçam ou elejam seu médico de confiança. Há tensões na relação médico-paciente: as usuárias nem sempre aceitam as orientações ou explicações dadas e as questionam. A diferença de classe social é um fator marcante para alterar a relação. As usuárias de camadas médias apresentam maior adesão ao discurso médico e mais familiaridade com o vocabulário. Isso em geral facilita a relação, visto que tais usuárias procedem das mesmas camadas sociais dos médicos e assumem valores semelhantes no tocante à família, além de serem mais socializadas em práticas médicas de saúde. Em contraste, a assimetrias marcam a relação dos médicos com as pacientes das camadas populares. Observa-se uma comunicação mais difícil: as pacientes relatam que aprenderam sobre o tratamento umas com as outras, queixando-se de médicos que não lhes dão a explicação solicitada ou o fazem em linguagem inacessível. Essa distância social se explicita em posturas etnocêntricas matizadas de higienismo social por parte dos médicos: os profissionais criticam as opções das usuárias quanto ao planejamento das famílias, tomando a família de classe média como o modelo. Entre os profissionais, as posições quanto ao acesso ao tratamento se dividem: uns defendem a reprodução como um direito de todos, ao passo que outros são favoráveis a restringir o acesso das pacientes em situação desfavorável – com muitos filhos ou com meios precários de sustento.

A discussão sobre o acesso à reprodução assistida diz respeito a um modelo de família com outras implicações além do sustento material dos filhos. Muitas vezes se questiona o uso das técnicas com respeito à aprovação do

procedimento em si, ou a quem o procedimento irá beneficiar. No tocante ao recurso à doação de gametas por pessoas que não se enquadram no modelo tradicional de família, existem duas posturas opostas: a primeira nega o acesso a mulheres solteiras e casais homossexuais, baseando-se em um modelo tradicional de 'família natural', isto é, heterossexual, composta de pai, mãe e filhos. A segunda postura defende o direito de reprodução e a escolha dos meios de procriar, em manifestações condizentes com a ideologia individualista moderna. Enquanto a segunda postura tende a enfatizar o aspecto social do parentesco em termos de intenção, a primeira postura utiliza tanto argumentos calcados na natureza para excluir grupos como argumentos sobre o que seria socialmente desejável. Na aplicação das técnicas e seu desenvolvimento, há sempre quem apele para a necessidade de limites, mas é necessário se examinar os fundamentos dos limites propostos.

Existe um grande contraste entre discurso médico e discurso 'leigo' no tocante à construção do corpo. O discurso médico representa o corpo como arquipélago de órgãos, o que muitas vezes reduz a pessoa da paciente à condição de objeto. Nessa fragmentação, o foco está em segmentos corporais cada vez menores e atinge níveis microscópicos. Na reprodução assistida, o olhar médico se dirige para folículos e seu produto: óvulos. A produção de óvulos, espermatozóides e embriões de boa qualidade é a meta das práticas da medicina de reprodução humana, visando à fabricação de um corpo grávido. Para tal fabricação, é necessária a entrada de substâncias (gonadotrofinas) no corpo feminino, a saída de outras (óvulos do corpo feminino e espermatozóides do corpo masculino), e a inserção no corpo feminino, especificamente no útero, de entes criados em laboratório a partir das substâncias extraídas de corpos femininos e masculinos (embriões). A prática médica por meio de tecnologias produz a transparência desse corpo para exame e manipulação. O corpo manipulado na reprodução assistida não é um objeto passivo para intervenções, mas é a sede de uma pessoa "encorporada" (Csordas, 1994). As usuárias dos serviços não se colocam como objeto de intervenção, mas como agentes de um projeto conjunto, em que os médicos são seus aliados para a fabricação do corpo grávido. Essa participação se dá no seguimento estrito das recomendações e intervenções médicas, como na invenção de rituais pessoais ou mágicos que contribuam para a gravidez. Ao passarem por exames e outras intervenções, as usuárias participam dessa fabricação corporal e dela extraem novos significados. Assim, a "barriga inchada", de tanto ser "furada por injeção", se relaciona aos ovários "cheios de ovinhos", visualizáveis pela aparelhagem de ultra-sonografia: os folículos cuja contagem e medição se acompanham com ansiedade. O incômodo de um exame se apaga em função do interesse e prazer em se ver por dentro, como na televisão. O corpo é ressignificado pelas usuárias durante o

tratamento como um corpo produtor. Essa ressignificação se dá no plano corporal, com a vivência das alterações produzidas pelas terapêuticas, mas também no plano simbólico, criando novos significados corporais no diálogo com as representações médicas do corpo.

O diálogo entre saberes estabelecidos e inovações técnicas também ocorre fora do âmbito do tratamento médico. Na recepção da novela *O Clone*, verifiquei que representações tradicionais e biomédicas de concepção vão mediar a compreensão das novas possibilidades de concepção permitidas pela clonagem humana. Na análise de etnoteorias da concepção, retomando a 'controvérsia sobre o nascimento virgem' baseada do modelo trobriandês, em que a concepção ocorre sem 'fertilização', isto é, sem a necessidade da semente masculina, percebe-se como a 'paternidade biológica' e o modelo monogenético são relevantes para as noções ocidentais de concepção e parentesco. Há analogias entre os dois tipos de concepção: a reprodução acontece sem o ato sexual na interpretação de Leach (1966) sobre a 'controvérsia do nascimento virgem', sendo este aspecto crucial também na definição do objeto 'novas tecnologias reprodutivas'. A ausência do ato sexual para a reprodução está no cerne do estranhamento das tecnologias de procriação, o que é perceptível tanto no humor e na especulação sobre o uso desse recurso entre pessoas midiáticas como nas críticas por parte de psicanalistas, de teólogos e da Igreja Católica. A convergência de setores distintos quanto à ausência da sexualidade na reprodução revela a centralidade do ato sexual na simbólica de parentesco. Por outro lado, entre os profissionais envolvidos em reprodução assistida e as usuárias das técnicas, tal preocupação foi exceção. Isso indica um recuo da representação da reprodução como ato 'natural' entre esse segmento que 'naturaliza' a reprodução sem sexo mediada tecnologicamente.

A despeito das diferenças na organização familiar entre as informantes de camadas médias e as das classes populares, constatei a existência de um sistema comum de símbolos de parentesco. Essa simbólica comum segue as linhas do modelo ocidental de parentesco, que opõe a relação de substância (parentesco biogenético) e o código de conduta, ou o parentesco intencional, por aliança (Schneider, 1968). Na versão brasileira do modelo ocidental, a oposição mais marcante se dá entre sangue e criação. As relações de substância comum são a base do parentesco, mas não são suficientes, pois a criação dos filhos é essencial na formação do vínculo e da pessoa. Consideram-se irrevogáveis os laços naturais, em contraste com os laços estabelecidos socialmente, que seriam mais instáveis. Várias expressões se referem à comunhão de substância de pais e filhos, representando o parentesco biogenético: o sangue, os genes, o DNA, as 'características'. Ocorre comunhão de substância entre mãe e feto

na gestação, considerada um momento fundamental de formação de vínculos. Práticas, como a doação de óvulos e embriões, e técnicas, como a clonagem reprodutiva, podem separar a maternidade genética da gestacional. A fragmentação do papel materno propicia a representação da gravidez em termos de um processo social semelhante à adoção. Por outro lado, muitas informantes julgam mais relevante a relação por meio da gestação do que a dotação genética comum. O parentesco consiste em teia de relações: nessa teia ativam-se algumas relações e se ocultam outras (Cussins, 1998a). Seja por transmissão genética, seja por sangue comum, seja pela semelhança esperada entre pais e filhos, seja pela gestação, seja pela criação, o parentesco aparece sempre como um idioma de pertencimento. Ao promoverem a circulação de substâncias germinativas fora do casal, a doação de gametas e a gestação substituta suscitam situações interpretadas como incesto e adultério, mesmo diante na inexistência do ato sexual definidor dos ilícitos. Percebe-se o trânsito entre atribuições de significado natural e social/cultural.

O desenvolvimento técnico implica outros desdobramentos do parentesco. São freqüentes as acusações de eugenia contra as tecnologias de procriação, em particular em função do controle de qualidade de embriões, gametas e seus doadores. A mentalidade eugênica não se restringe à biotecnologia, mas se estende à própria seleção para acesso às técnicas. Quando há rastreamento genético de doenças nos embriões e seus doadores, implicando sua seleção e exclusão, a eugenia se une à medicalização do parentesco. A genetização do parentesco consiste na representação dos laços de parentesco em termos de relações genéticas: a base verdadeira para a constituição tanto do parentesco como da identidade pessoal e suas origens. Há tensão entre práticas que constroem o parentesco na qualidade de fruto da escolha e intenção (a adoção, a doação de gametas e a gestação substituta), e o desenvolvimento de técnicas (ICSI, o uso de células precursoras de gametas, e a clonagem reprodutiva) para efetivar o parentesco genético, considerado ‘real’ (Luna, 2002a). Os exames de DNA favorecem esse ‘realismo genético’ do parentesco, mas a pesquisa etnográfica sugere que as motivações dos envolvidos ultrapassam o conhecimento da identidade e de origens, implicando o restabelecimento ou ruptura de relações de casal, o sustento dos filhos, o fim de desconfianças quanto à legitimidade, o reatamento de relações entre pais e filhos (Fonseca, 2002, 2004).

Em contraste com a evidência de um sistema comum de símbolos de parentesco, na análise das descrições do embrião extracorporal, percebem-se divergências nítidas quanto à concepção de pessoa. Entre os profissionais envolvidos na reprodução assistida, houve clara predominância da representação de pessoa como indivíduo, em continuidade com o modelo ocidental de pessoa

e parentesco (Strathern, 1992a, 1992b). Entre as informantes de camadas médias usuárias dos serviços, houve maior adesão a esse modelo de pessoa individual, com alternância de matizes relacionais, como designar o embrião de "filho". Embora o modelo de pessoa como indivíduo estivesse presente tanto entre profissionais como usuárias de classe média, entre os primeiros foi comum a descrição biologizante do embrião, ao passo que as usuárias se expressavam em termos mais filosóficos. Já entre as informantes das classes populares, houve unanimidade na descrição do embrião em termos relacionais, usando a categoria "uma vida", tradicional no discurso religioso católico. Tal divergência na representação de pessoa ocorreu também na discussão sobre a clonagem reprodutiva. Enquanto os profissionais e as usuárias das camadas médias se escandalizavam diante da falta de singularidade individual na clonagem, tal preocupação, embora existente, não predominou entre as usuárias das classes populares, que enfocavam mais as relações de parentesco do clone. Algumas destas nem se opuseram ao processo. Talvez essa 'tranqüilidade' diante da clonagem humana tenha decorrido do fato de haver uma fonte de informação principal sobre o tema, a novela *O Clone*.

Pode-se atribuir a condição de pessoa do embrião em termos substancialistas ou em termos relacionais. No primeiro caso, a condição de pessoa consiste em essência dada pela presença da alma, na antiga ontologia de origem religiosa, ou por algum atributo biológico, como a individualidade do DNA, da ontologia de origem científica laica. No segundo caso, não se reconhece a condição de pessoa no embrião em si, mas na relação que se estabelece após sua inserção no útero e seu desenvolvimento. Isso explica por que algumas informantes se recusariam a doar óvulos ou embriões para outras pessoas com vista a transferência e nascimento, com aquisição da condição humana final, mas aceitariam doar seus embriões para servir como material de pesquisa. Pode-se obter a condição de pessoa em processo gradativo ao longo do tempo, com referência a diferentes marcos do desenvolvimento (o início da individualidade, da figura humana, da racionalidade, o nascimento), ou a condição de pessoa pode se instaurar como um evento inaugural na concepção.

Dados biológicos são historicamente construídos (Luna, 2004a). Há continuidade entre as velhas teorias do sangue e as novas teorias genéticas. Pensava-se a transmissão hereditária pelo sangue em termos quantitativos, como herança de metade do sangue de cada pai, um quarto de cada avô ou avó, um oitavo de cada bisavô ou bisavó. No discurso dos informantes leigos, as noções de sangue e de DNA ou gene se superpõem.

Usam-se "dados da natureza" para fundamentar argumentos baseados em crenças anteriores ao desenvolvimento da biologia como se conhece hoje.

O debate sobre o estatuto do embrião humano é exemplo dessa dinâmica de argumentação. A descrição biológica serve para fundamentar o argumento da continuidade do desenvolvimento desde a fertilização, quando se forma o DNA de um indivíduo singular, com a junção dos núcleos dos gametas, o que asseguraria sua condição de pessoa. Invocam-se outros dados do desenvolvimento biológico para refutar essa individualidade característica da pessoa: a potencialidade de o aglomerado de células embrionárias originar tanto o corpo do feto como os anexos. Os valores que se mantêm no debate para estabelecer a definição legítima do estatuto de pessoa são o uso do referente biológico como fundamento de verdade e o critério da individualidade. Usa-se o mesmo dado biológico para fundamentar posições diferentes: a presença de DNA mitocondrial de doadora de óvulo enucleado serve de evidência para definir essa mulher como mãe (situação da personagem Deusa no final da novela *O Clone*), traço este negligenciado quando se afirma a identidade genética total de um clone com sua matriz. Na recepção da trama da novela, algumas julgaram esse mesmo dado significativo para o estabelecimento da relação de maternidade, ao passo que outras o acharam irrelevante. Que dado biológico conta, afinal? Há que se definir que dado biológico conta para a maternidade biológica.

Constata-se o fluxo de significados entre natureza e cultura. Um exemplo de processo biológico socializado é a comparação da gravidez sem vínculo genético entre gestante e feto (por doação de óvulos ou de embriões) com a adoção. Definem-se processos biológicos como metáforas de relações sociais: coorte folicular, recrutamento folicular, competição espermática. Naturalizam-se dados sociais, quando se listam características sociais do doador de sêmen (profissão, *hobby*, grau de instrução) em sua ficha juntamente com idade e tipo sangüíneo. Esse fluxo de significados entre o natural e o cultural/social, suscita a pergunta: o que é natural? O que é natureza?

Entre os séculos XVII e XVIII, surge uma perspectiva naturalista em que as características físicas do indivíduo servem de fonte para o conhecimento deste. O corpo atestaria a diferença intrínseca entre os humanos, em distinções raciais e sexuais (Nicholson, 2000). A partir do iluminismo no século XVIII, a natureza é considerada o fundamento da realidade no Ocidente. A biologia, então, se torna o fundamento para prescrições sobre a ordem social. Segundo essa mudança epistêmica, o corpo é real, ao passo que os significados culturais são epifenômenos (Laqueur, 1992). Considerando a epistemologia que informa a teoria antropológica, Ingold (1991) traça a seguinte distinção: cultura e natureza se opõem. A cultura engloba o parentesco social e o parentesco biológico (culturalmente percebido). À natureza corresponderia o parentesco 'realmente'

biológico. Ingold observa que, se as categorias opostas ‘natureza’ e ‘cultura’ são construções culturais, há uma regressão infinita em que a realidade da natureza aparece como sua própria representação. Strathern (1980) descreve modelos de oposição dinâmica entre natureza e cultura, em que as categorias se relacionam em um *continuum*, como um processo em que coisas podem ser mais ou menos naturais, ou mais ou menos culturais. Nesses construtos ocidentais de natureza e cultura, um domínio está aberto ao englobamento pelo outro. Wagner (1981) fala de uma dinâmica cultural baseada na mediação entre os âmbitos de responsabilidade humana e de não-responsabilidade, isto é, de uma área apropriada para a ação humana e de outra associada ao dado ou inato. Segundo Viveiros de Castro (2000), nas culturas há sempre algo construído como dado, variando em cada cultura a especificação de conteúdo disso que é ‘dado’.

Segundo Latour (2000), a modernidade cria dois conjuntos de práticas diferentes. O primeiro faz o trabalho de purificação, separando humanos dos não-humanos, por meio da ciência, que estuda as coisas, e da política, que estuda a relação entre os seres. O segundo conjunto de práticas, possibilitado pelo primeiro, é o trabalho de mediação ou tradução, que constrói híbridos de natureza e cultura. A modernidade estaria diante de um paradoxo, pois, quanto mais a ciência separa o natural e o cultural, mais se formam híbridos de natureza e cultura. Se a antropologia e a biologia se esforçam para separar o que é cultural do que é natural, as tecnologias de procriação seriam instâncias de criação de híbridos de cultura e natureza como embriões congelados, clones e gestantes substitutas.

Se o parentesco era um símbolo de relações naturais no Ocidente, com as tecnologias de procriação tal caráter se perde (Strathern, 1992a, 1992b). Se uma das acepções ocidentais de natureza é a de condições nas quais a intervenção está ausente, as tecnologias conceptivas comprometem tal acepção ao dar assistência à natureza (Strathern, 1992b). Franklin (1999) afirma que se apagam os limites entre o fato natural e a natureza assistida quando a tecnologia auxilia a procriação: a natureza passa a consistir em fundamento parcial da realidade após tantas intervenções.

Com respeito à intervenção das tecnologias de concepção na biologia, uma das preocupações dos profissionais entrevistados está no fato de que em técnicas como a ICSI contornam a seleção natural, ao permitir a fertilização de óvulos por espermatozóides defeituosos, uma condição muitas vezes decorrente de síndromes genéticas. A suposição de que a seleção natural exerceria o controle sobre alguns processos biológicos atribui à natureza funções de coordenação da realidade. Strathern (1992a) mostra que um novo conceito de natureza

surge entre o período medieval e o moderno. Na Idade Média, considerava-se o mundo cheio da presença divina, o que se percebia na manifestação de sinais da natureza. A ordem transcendente se personificava em Deus. A relação do ser humano era de responsabilidade pessoal diante de Deus. Com a modernidade, passa-se a apreender o mundo como natureza e Deus se internaliza. A responsabilidade humana agora é por Deus. Na modernidade, remodela-se a relação da humanidade com um mundo concebido abstratamente como obra do Criador, como a mão da natureza, ou mesmo como a sociedade.

Segundo Douglas e Wildavsky (1983), Deus e a natureza são árbitros externos, e a ciência substituiu Deus na explicação da realidade. A noção de natureza como a ordem de controle é a coisa mais próxima da idéia de Deus neste novo horizonte. No discurso dos informantes, percebe-se por vezes a superposição entre a agência da natureza e a da divindade. Uma embriologista comentava sobre síndromes genéticas que incorriam em esterilidade masculina, afirmando que "Deus, em sua infinita sabedoria e misericórdia", permitiria que embriões implantados com alterações genéticas graves e má-formações não sobrevivessem, morrendo logo no início. Esse raciocínio funde as idéias de seleção natural com a ação divina para o bem. Trata-se de uma teodicéia da reprodução. A natureza, nas leis criadas pela sabedoria divina, aparece aqui como árbitro de um limite. A natureza surge ora para estabelecer os parâmetros do possível, ou mesmo do que se deve ou não fazer, ora, no sentido oposto, como reino para a ciência dominar. A natureza estabelece não apenas condições limitantes, mas também o arbítrio do que é desejável ou não, quando tecnicamente possível. Representar a natureza como árbitro das ações humanas é conferir-lhe o estatuto de ordem moral (Salem, 1995). Há tensão entre duas posturas, a de aceitar a natureza como condição limitante ou parâmetro de valor e a de submeter tal condição limitante à vontade humana por meio da ciência e da tecnologia.

É difícil estabelecer limites entre o natural e o cultural em um campo em que se altera a biologia continuamente pela intervenção técnica. Natureza assistida deixa de ser natural? As tecnologias de procriação, ao ampliarem o leque de escolhas na área de parentesco, enfatizam seu caráter intencional. Em contrapartida, mesmo escolhas que aparentemente contrariem a natureza podem surgir de uma lógica que toma o parentesco natural por referência. A fim de ter filhos 'naturais', um casal de lésbicas pode buscar sêmen de doador, privilegiando a gravidez e não a adoção como meio de ter filhos, ou solicitar a transferência do óvulo fertilizado de uma companheira para o útero da outra, fazendo de ambas 'mães biológicas', uma pela gestação e outra pela dotação genética. A clonagem, símbolo do desenvolvimento da biotecnologia e

da artificialidade, é também proposta como meio de uma pessoa estéril, sem gametas, ter progênie com parentesco biológico ou genético.

São notáveis as noções de transcendência implicadas nas representações da reprodução humana, em que o papel da ciência se confunde com o da divindade nas representações nativas, um traço da cosmovisão ocidental moderna. Por um lado, buscam-se justificativas para questões éticas a respeito da reprodução assistida na vontade divina com base na natureza criada. Por outro lado, vê-se a intervenção humana por meio da biotecnologia contrariando ou confirmando a vontade de Deus e as leis da natureza. Ao constituir o fundamento último da realidade das coisas, invoca-se a noção de natureza em debates diversos para justificar posições, inclusive quanto aos limites a serem impostos à ciência e à tecnologia. Os conceitos de natureza e de cultura são também construções. As novas tecnologias reprodutivas são instâncias privilegiadas para visualizar processos de naturalização do que se define por cultural e de culturalização ou socialização de dados ditos naturais.

# Referências


ABDELMASSIH, R. *Tudo Por Um Bebê*. São Paulo: Globo, 1999.

ABREU FILHO, O. de. *Raça, Sangue e Luta: identidade e parentesco em uma cidade do interior*, 1980. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

ABREU FILHO, O. de. Parentesco e identidade social. *Anuário Antropológico/80*. Rio de Janeiro, Fortaleza: Tempo Brasileiro, Universidade Federal do Ceará, 1982.

ADAMS, Mark (Ed.) *The Wellborn Science: eugenics in Germany, France, Brazil and Russia*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1990.

ALMEIDA, A. M. de et al. *Pensando a Família no Brasil: da colônia à modernidade*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

ALMEIDA, M. I. M. A. "A nova maternidade": uma ilustração das ambigüidades do processo de modernização da família. In: FIGUEIRA, S. A. (Org.) *Uma Nova Família? O moderno e o arcaico na família de classe média brasileira*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

ANDRADE, P. P. de. Mapeamento gênico e Programa Genoma Humano. Disponível em: <www.planeta.terra.com.br/educacao/biolmol/Genetica-Medicina/Mapeamento-genico&HGP.htm>. Acesso em: 6 mar. 2004.

ANTINORI, S. Eu não sou Hitler. Entrevista a Daniel Hessel Teich. *Veja*, São Paulo, (34): 11-15, 29 ago. 2001.

ARAGÃO, L. T. Em nome da mãe: posição estrutural e disposições sociais que envolvem a categoria mãe na civilização mediterrânea e na sociedade brasileira. In: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. & HEILBORN, M. L. (Dirs.) *Perspectivas Antropológicas da Mulher 3*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

ARDAILLON, D. O lugar do íntimo na cidadania de corpo inteiro. *Estudos Feministas*, 5(2): 376-388, 1997.

ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

AZEVEDO, A. L.; JANSEN, R. & BRAGA, J. Cientistas coreanos criam 30 clones humanos: pesquisadores desenvolvem embriões, obtêm células-tronco e abrem caminho para tratar doenças graves. *O Globo*, Rio de Janeiro, 13 fev. 2004. Ciência e Vida, p. 40.

AZEVEDO, E. Não há vidas inferiores, somos todos humanos. *O Globo*, Rio de Janeiro, 14 jul. 2003, Ciência e Vida, p. 22.

BADINTER, E. *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno*. São Paulo: Círculo do Livro, 1980.

BARBOSA, R. M. *Desejo de Filhos e Infertilidade: um estudo sobre a reprodução assistida no Brasil*, 1999. Tese de Doutorado. São Paulo: Departamento de Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

BARBOSA, R. M. Relações de gênero, infertilidade e novas tecnologias reprodutivas. *Revista Estudos Feministas*, 8(1): 212-228, 2000.

BARRETTO, V. Problemas e perspectivas da bioética. In: RIOS, A. R. et al. *Bioética no Brasil*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1999.

BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BOTT, E. *Família e Rede Social*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

BOUQUET, M. *Reclaiming English Kinship: Portuguese refractions of British kinship theory*. Manchester: Manchester University Press, 1993.

BOURDIEU, P. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BOURDIEU, P. A casa ou o mundo às avessas. In: CORRÊA, M. *Três Ensaios sobre a Argélia e um Comentário*. Campinas: Unicamp, 1995. (Textos Didáticos, 15)

BOURDIEU, P. *A Economia das Trocas Lingüísticas: o que falar quer dizer*. São Paulo: Edusp, 1996.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BRAGA, K. S. *Bibliografia Bioética Brasileira: 1990-2002*. Brasília: LetrasLivres, 2002.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico – 2000 – Fecundidade Mortalidade. Tabela 1 – Taxas de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões 1940/2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/fecundidade_mortalidade/tabela_fecundidade_1.shtm>. Acesso em: 15 out. 2003.

CAETANO, J. A multiplicação dos bebês. *Jornal do Brasil*, 15 mar. 1997. Mulher, p. 55.

CALLIOLI, E. C. Aspectos da fecundação artificial *in vitro*. *Revista de Direito Civil, Imobiliário, Agrário e Empresarial*, 12(44): 71-95, abr.-jun. 1988.

CANNELL, F. Concepts of parenthood: the Warnock Report, the Gillick debate, and modern myths. *American Ethnologist*, 17(4): 667-686, 1990.

CARELLI, G. Tudo por um filho: com a ajuda de casais dispostos a se arriscar, a ciência está vencendo a infertilidade. *Veja*. São Paulo, ano 34, n. 18, p. 108-115, 9 maio 2001.

CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

CARRITHERS, M.; COLLINS, S. & LUKES, S. (Eds.) *The Category of the Person: anthropology, philosophy, history*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

CARSTEN, J. The substance of kinship and the heat of the hearth: feeding personhood and relatedness among the Malys in Pulau Langkawi. *American Ethnologist*, 22(2): 223-241, 1995.

CARSTEN, J. Introduction. In: CARSTEN, J. (Ed.) *Cultures of Relatedness: new approaches to the study of kinship*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

CARVALHO, A. C. C. de. Células-tronco: a medicina do futuro. *Ciência Hoje*, 29(172): 26-31, 2001.

CASTEL, R. From dangerousness to risk. In: BURCHELL, G.; GORDON, C. & MILLER, P. (Eds.) *The Foucault Effect: studies in governmentality*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

CHAZAN, L. K. O corpo transparente e o panóptico expandido: considerações sobre as tecnologias de imagem nas reconfigurações da Pessoa contemporânea. *Physis*: *Revista de Saúde Coletiva*, 13(1): 193-214, 2003.

CHEDID, S. *Infertilidade*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

CIAMPONI, D. Reprodução assistida: o homem pode se aproximar de Deus, mas não terá o poder de criar a vida. *Jornal Espírita*. Órgão da Federação Espírita do Estado de São Paulo. São Paulo, ano XXVI, 306: 12, fev. 2001.

CIAMPONI, D. O clone tem alma. *Jornal Espírita*. Órgão da Federação Espírita do Estado de São Paulo. São Paulo, ano XXVI, 319: 12, mar. 2002.

CICOUREL, A. La connaissance distribué dans le diagnostic medical. *Sociologie du Travail*, 4: 427-449, 1994.

CIÊNCIA HOJE. Clonagem humana: os limites entre o necessário e o possível. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 30(176): 45-47, out. 2001.

CITELI, M. T. Saúde reprodutiva: mídia, ciência e humanidades. In: OLIVEIRA, M. C. & ROCHA, M. I. B. (Orgs.) *Saúde Reprodutiva na Esfera Pública e Política na América Latina*. Campinas: Unicamp, 2001.

CITELI, M. T.; SOUZA, C. M. & PORTELLA, A. P. Reveses da anticoncepção entre mulheres pobres. In: DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. F. (Orgs.) *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

CLAVREUL, J. *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CLÍNICA DALE: Medicina da Reprodução. (Definições de histero-salpingografia, histeroscopia, vídeolaparoscopia). Disponível em: <www.clinicadale.com.br/servicos.html> Acesso em: 8 out. 2003.

CLONAGEM é nazismo. *O Globo*, Rio de Janeiro, 14 fev. 2004. Ciência e Vida, p. 37.

COLLIER, J. F & YANAGISAKO, S. J. Introduction. In: COLLIER, J. F & YANAGISAKO, S. J. *Gender and Kinship: essays towards a unified analysis*. Stanford: Stanford University Press, 1987.

COMITÊ NACIONAL DE BIOÉTICA. Identidade e estatuto do embrião. *Sedoc*, 29(261): 540-562, mar.-abr. 1997.

CONGREGAÇÃO PARA A DOUTRINA DA FÉ. *Instrução sobre o Respeito à Vida Humana Nascente e à Dignidade da Procriação: respostas a algumas questões atuais* [1987]. São Paulo: Paulinas, 1994.

CONKLIN, B. A. & MORGAN, L. M. Babies bodies and production of personhood in North America and a native Amazonian society. *Ethos*, 24(4): 657-694, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.358/92 do CFM. In: LEITE, E. O. *Procriações Artificiais e o Direito: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1995.

CORRÊA, M. C. D. V. As novas tecnologias reprodutivas: uma revolução a ser assimilada. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 7(1): 69-98, 1997.

CORRÊA, M. V. Novas tecnologias reprodutivas: bem-vindas reflexões feministas. *Estudos Feministas*, 6(1): 126-138, 1998.

CORRÊA, M. V. *Novas Tecnologias Reprodutivas*: *limites da biologia ou biologia sem limites?* Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

CORREIA, C. P. *The Ovary of Eve: egg and sperm and preformation*. Chicago, London: University of Chicago Press, 1997.

COSTA, M. C. S. *Os "Filhos do Coração": adoção em camadas médias brasileiras*, 1988. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

COSTA, R. G. De clonagens e de paternidades: as encruzilhadas do gênero. In: NÚCLEO DE ESTUDOS DE GÊNERO – PAGU. *Gênero nos Trópicos: leituras a partir do Brasil*. Campinas: Pagu, Unicamp, 2001. CD-ROM.

COSTA, R. G. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teorias da concepção. *Estudos Feministas*, 10(1): 339-356, 2002.

COSTA, R. G. Tecnologias reprodutivas e noções sobre racialização e etnia. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, XXVII, 2003, Caxambu.

COUTINHO, M. R. *Telenovela e Texto Cultural: análise antropológica de um gênero em construção*, 1993. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

COWAN, R. S. Genetic technology and reproductive choice: an ethics for autonomy. In: KEVLES, D. J. & HOOD, L. (Eds.) *The Code of Codes: scientific and social issues in the Human Genome Project*. Cambridge, London: Harvard University Press, 1992.

CSORDAS, T. J. Introduction: the body as representation and being-in-the-world. In: CSORDAS, T. J. (Org.) *Embodiment and Experience: the existencial ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

CUSSINS, C. M. Quit sniveling, cryo-baby: we'll work out which one's your mama. In: DAVIES-FLOYD, R. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborg Babies: from techno-sex to techno-tots*. New York: Routledge, 1998a.

CUSSINS, C. Producing reproduction: techniques of normalization and naturalization in infertility clinics. In: RAGONÉ, H. & FRANKLIN, S. (Eds.) *Reproducing Reproduction*:

*kinship, power and technological innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998b.

DA MATTA, R. A família como valor: considerações não-familiares sobre a família à brasileira. In: ALMEIDA, A. M. (Org.) *Pensando a Família no Brasil: da colônia à modernidade*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, Editora UFRJ, 1987.

DA MATTA, R. *Carnavais, Malandros e Heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DAUBIGNY, C. Origines personelles entre mémoires, solidarité et devenir. ENCONTRO MUNDIAL DOS ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE, II, 2003, Rio de Janeiro.

DAUSTER, T. O lugar da mãe. *Comunicações do Iser*, 2(7): 20-26, 1983.

DAUSTER, T. *Nome de Família*: *maternidade fora do casamento e o princípio de filiação patrilinear*, 1987. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DAUSTER, T. "Filho na barriga é o rei na barriga": mitos de poder, destino e projeto nas relações entre os gêneros nas camadas médias urbanas. *Revista de Cultura Vozes*, 24(2): 180-193, 1990.

DAUSTER, T. Sangue e amor: metáforas instituintes da família em camadas médias urbanas. *Comunicações do PPGAS*, 1: 99-107, 1992.

DELANEY, C. The meaning of paternity and the virgin birth debate. *Man: The Journal of the Royal Anthropological Institute*, 21(3): 494-513, Sep. 1986. (New Series)

DINIZ, D. Tecnologias reprodutivas conceptivas: o estado da arte do debate legislativo brasileiro. *Jornal Brasileiro de Reprodução Assistida*, 7(3): 10-19, nov.-dez. 2003.

DINIZ, D. & BUGLIONE, S. *Quem Pode Ter Acesso às Tecnologias Reprodutivas: diferentes perspectivas no direito brasileiro*. Brasília: LetrasLivres, 2002.

DINIZ, M. H. Reflexões sobre a problemática das novas técnicas científicas de reprodução humana assistida e a questão da responsabilidade civil por dano moral ao embrião e ao nascituro. In: TUBENCHLAK, J. & BUSTAMANTE, R. S. de. (Coords.) *Livro de Estudos Jurídicos*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos Jurídicos, 1994.

DONZELOT, J. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DOUGLAS, M. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.

DOUGLAS, M. & WILDAVSKY, A. *Risk and Culture: an essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1983.

DUARTE, L. F. D. Três ensaios sobre pessoa e modernidade. *Boletim do Museu Nacional*, 41: 1-69, ago. 1983.

DUARTE, L. F. D. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

DUARTE, F. Grã-Bretanha abolirá anonimato de doadores: medida procura garantir direito de crianças geradas com óvulo e espermatozóides doados. *O Globo*, Rio de Janeiro, 22 jan. 2004. Ciência e Vida, p. 35.

DUARTE, L. F. D. A pulsão romântica e as ciências humanas no Ocidente. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 19(55): 5-18, 2004.

DUMIT, J. A digital image of the category of the person: PET scanning and objective self-fashioning. In: DOWNEY, G. L. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborgs and Citadels: anthropological interventions in emerging sciences and technologies*. Santa Fe, New Mexico: School of American Research Press, 1997.

DUMONT, L. *Introducción a Dos Teorias de la Antropología Social*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1975.

DUMONT, L. *Ensaios sobre o Individualismo: uma perspectiva antropológica sobre a ideologia moderna*. Lisboa: Dom Quixote, 1992.

DUMONT, L. Homo Hierarchicus*: o sistema de castas e suas implicações*. 2. ed. São Paulo: Edusp, 1997.

DUNN, L. C. & DOBZHANSKY, T. *Herencia, Raza y Sociedad*. México, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1956.

EDWARDS, J. Explicit connections: ethnographic enquiry in northwest England. In: EDWARDS, J. et al. *Technologies of Procreation: kinship in the age of assisted conception* [1993]. 2.ed. London, New York: Routledge, 1999.

EDWARDS, J. & STRATHERN, M. Including our own. In: CARSTEN, J. (Ed.) *Cultures of Relatedness: new approaches to the study of kinship*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

EDWARDS, J. et al. *Technologies of Procreation: kinship in the age of assisted conception* [1993]. 2. ed. London & New York: Routledge, 1999a.

EDWARDS J. et al. Introduction to the second edition. In: EDWARDS, J. et al. *Technologies of Procreation: kinship in the age of assisted conception*. 2. ed. London, New York: Routledge, 1999b.

EDWARDS, J. N. New conceptions: biosocial innovations and the family. *Journal of Marriage and the Family*, 53: 349-360, May 1991.

EMPRESA CLONA 1º embrião humano: experimento anunciado nos EUA visa criação de células para tratar doenças, não para gerar uma pessoa. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 26 nov. 2001, p. A1.

EMPRESA DOS EUA clona embrião humano: experimento histórico marca um avanço na terapia celular, mas traz de volta o temor da clonagem reprodutiva. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 26 nov. 2001, p. A13.

ESCOBAR, H. Lei brasileira não permite pesquisa similar: especialistas lamentam a proibição de estudos com utilização de células de embriões. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 13 abr. 2004. Geral, p. A10.

EWALD, F. Insurance and risk. In: BURCHELL, G.; GORDON, C. & MILLER, P. (Eds.) *The Foucault Effect: studies in governmentality*. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

FINKLER, K. *Experiencing the New Genetics: family and kinship on the medical frontier*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2000.

FINKLER, K. The kin in the gene: the medicalization of family and kinship in American society. *Current Anthropology*, 42(2): 235-263, April 2001.

FLANDRIN, J. L. *Families in Former Times: kinship, household and sexuality*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

FONSECA, C. *Caminhos da Adoção*. São Paulo: Cortez, 1995.

FONSECA, C. *Família, Fofoca e Honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

FONSECA, C. A vingança de Capitu: DNA, escolha e destino na família brasileira contemporânea. In: BRUSCHINI, C. & UNBEHAUM, S. G. (Orgs.) *Gênero, Democracia e Sociedade Brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, Edições 34, 2002.

FONSECA, C. DNA e paternidade: a certeza que pariu a dúvida. *Estudos Feministas*, 12(2): 13-34, 2004.

FOUCAULT, M. A política de saúde no século XVIII. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1988a.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1988b.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica* [1980]. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FRANKLIN, S. Deconstructing "desperateness": the social construction of infertility in popular representations of new reproductive technologies. In: MCNEIL, M. et al. (Eds.) *The New Reproductive Technologies*. London: Macmillan, 1990.

FRANKLIN, S. Fetal fascinations: new dimensions to the medical-scientific construction of fetal personhood. In: FRANKLIN, S.; LURY, C. & STACEY, J. (Eds.) *Off-Centre: feminism and cultural studies*. Lancaster: HarperCollins Publishers, 1991.

FRANKLIN, S. Postmodern procreation: a cultural account of assisted reproduction. In: GINSBURG, F. G. & RAPP, R (Eds.) *Conceiving the New World Order*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1995.

FRANKLIN, S. *Embodied Progress: a cultural account of assisted conception*. London & New York: Routledge, 1997.

FRANKLIN, S. Making representations: the parliamentary debate on the human fertilisation and embryology Act. In: EDWARDS, J. et al. (Eds.) *Technologies of Procreation: kinship in the age of assisted conception*. 2. ed. London, New York: Routledge, 1999.

FRANKLIN, S. Sheepwatching. *Anthropology Today*, 17(3): 3-9, Jun. 2001.

FRANKLIN, S. Dolly the world-famous sheep. In: MENDES, C. (Coord.) & LARRETA, E. R. (Ed.) *Identity and Difference in the Global Era*. Rio de Janeiro: Unesco, ISSC, Educam, 2002.

FRY, P. O significado da anemia falciforme no contexto da "política racial" do governo brasileiro 1995-2004. In: FRY, P. *A Persistência da Raça: ensaios antropológicos sobre o Brasil e a África Austral*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

FYFE, W. Abortion Acts: 1803 to 1967. In: FRANKLIN, S.; LURY, C. & STACEY, J. (Eds.) *Off-Centre: feminism and cultural studies*. Lancaster: HarperCollins Publishers, 1991.

GENOVESE, E. D. *Roll, Jordan, roll: the world the slaves made*. New York: Vintage Books, 1976.

GIDDENS, A. *As Conseqüências da Modernidade*. São Paulo: Editora Unesp, 1991.

GINECOLOGISTA anuncia clone humano: médico italiano diz que paciente tem dois meses de gravidez com o embrião produzido pela técnica de clonagem. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 6 abr. 2002. Internacional/Ciência, p. 11.

GODELIER, M. & PANOFF, M. Introduction. In: GODELIER, M. & PANOFF, M. *La Production du Corps: approches anthropologiques et historiques*. Amsterdan: Éditions des Archives Contemporaines, 1998.

GOFFMAN, E. *The Presentation of Self in Everyday Live*. New York: Doubleday Anchor Books, 1959.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GOMES, L. G. F. F. *Novela e Sociedade no Brasil*, 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

GOMES, L. R. de F. Direitos da personalidade e bioética. *Revista de Direito Renovar*, 9: 37-53, set.-dez. 1997.

GOOD bye, Dolly: morte prematura de ovelha põe clonagem em xeque. *O Globo*, Rio de Janeiro, 15 fev. 2003, p. 1.

GOODY, J. The evolution of the family. In: LASLETT, P. (Org.) *Household and Family in Past Time*. Cambridge: Cambridge University Press, 1977.

GOW, P. O parentesco como consciência humana: o caso dos Piro. *Mana – Estudos de Antropologia Social*, 3(2): 39-66, 1997.

GROSSI, M.; PORTO, R. & TAMANINI, M. (Orgs.) *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. Brasília: LetrasLivres, 2003.

GUSDORF, G. *Le Savoir Romantique de la Nature*. Paris: Payot, 1985.

HARAWAY, D. J. *Simians, Cyborgs, and Women: the reinvention of nature*. New York: Routledge, 1991.

HAYDEN, C. P. Gender, genetics and generation: reformulating biology in lesbian kinship. *Cultural Anthropology*, 10(1): 41-63, 1995.

HEILBORN, M. L. O que faz um casal, casal? Conjugalidade, igualitarismo e identidade sexual em camadas médias urbanas. RIBEIRO, I. & RIBEIRO, A. C. T. (Orgs.) *Família em Processos Contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Loyola. 1995.

HENRIQUES, S. Polêmico caminho para a gravidez: mãe que usou nova técnica diz que valeu a pena. *O Globo,* Rio de Janeiro, 13 maio 2001. Ciência e Vida, p. 46.

HÉRITIER, F. Fécondité et stérilité: la traduction de ces notions dans le champ idéologique au stade préscientifique. In: SULLEROT, E. & THIBAULT, O. (Eds.) *Le Fait Féminin*. Paris: Fayard, 1978.

HÉRITIER, F. Sterilité, aridité, sécheresse: quelques invariants de la pensée symbolique. In: AUGÉ, M. & HERZLICH, C. (Orgs.) *Le Sens du Mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1984.

HÉRITIER, F. *Les Deux Soeurs et Leur Mère: anthropologie de l'inceste*. Paris: Éditions Odile Jacob, 1994.

HÉRITIER-AUGÉ, F. La cuisse de Jupiter: réflexions sur les nouveaux modes de procréation. *L'Homme,* 94, 25(2): 5-22, 1985.

HERZLICH, C. Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social. In: AUGÉ, M. & HERZLICH, C. (Orgs.) *Le Sens du Mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1984.

HIRSCH, E. Negotiated limits: interviews in south-east England [1993]. In: EDWARDS, J. et al. (Eds.) *Technologies of Procreation: kinship in the age of assisted conception*. 2. ed. London, New York: Routledge, 1999.

HUBBARD, R. *The Politics of Women's Biology*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1990.

HUGHES, E. Cycles, turning points and careers. In: HUGHES, E. (Ed.) *The Sociological Eye: selected papers*. Chicago: Aldine, Atherton, 1971.

HURST, J. *Uma História Não Contada: a história das idéias sobre o aborto na Igreja Católica*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2000.

HUXLEY, A. *Admirável Mundo Novo* [1932]. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

IACUB, M. Filiation: le triomphe des mères. *Les Monde des Débats*, 12:16-17, mar. 2000.

INGOLD, T. An anthropologist looks at biology. *Man – The Journal of the Royal Anthopological Institute*, 25(2): 208-229, jun. 1990. (New Series)

INGOLD, T. Becoming persons: consciousness and sociality in human evolution. *Cultural Dynamics,* 4(3): 355-378, 1991.

JACOB, F. *A Lógica da Vida: uma história da hereditariedade*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

JORDANOVA, L. *Sexual Visions: images of gender in science and medicine between the Eighteenth and Twentieth centuries*. Madison: The University of Wisconsin Press, 1989.

JUNKER-KENNY, M. O status moral do embrião. *Concilium,* 275(2): 60-72, 1998.

KNAUTH, D. *Comentários*. (A "sorodiscordância": questões conceituais e projetos em andamento). Rio de Janeiro: Abia, 2002.

KONRAD, M. Ova donation and symbols of substance: some variations on the theme of sex, gender and the partible body. *The Journal of the Royal Anthropological Institute* (incorporating *Man*), 4(4): 643-667, 1998.

LA FONTAINE, J. S. Person and individual: some anthropological reflections. In: CARRITHERS, M; COLLINS, S. & LUKES, S. (Eds.) *The Category of the Person: anthropology, philosophy, history*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

LABORIE, F. Novas tecnologias da reprodução: risco ou liberdade para as mulheres? *Estudos Feministas*, 1(2): 435-447, 1993.

LAQUEUR, T. *Making Sex: body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, London: Harvard University Press, 1992.

LASLETT, P. Introduction: the history of the family. In: LASLETT, P. (Org.) *Household and Family in Past Time*. Cambridge: Cambridge University Press, 1977.

LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica*. São Paulo: Editora 34, 2000.

LEACH, E. Virgin birth. *The Henry Myers Lecture 1966*. Cambridge: King's College,1966.

LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. de S. (Orgs.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

LEAL, O. F. & LEWGOY, B. Pessoa, aborto e contracepção. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significado: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da Universidade, Nupacs, 1995.

LE BRETON, D. *Anthropologie du Corps et Modernité*. 3. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1995.

LEITE, E. O. *Procriações Artificiais e o Direito: aspectos médicos, religiosos, psicológicos, éticos e jurídicos*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1995.

LEITE, E. O. Exame de DNA, ou o limite entre o genitor e o pai. In: LEITE, E. O. (Coord.) *Grandes Temas da Atualidade: DNA como meio de prova da filiação*. Rio de Janeiro: Forense, 2000.

LEITE FILHO, T. da G. A ética sexual aplicada à fecundação artificial. *Revista de Teologia*, VI(10): 50-58, 1991.

LÉSBICAS optam por ter filhos surdos; por meio de inseminação artificial, mulheres geraram crianças com surdez. *O Globo*, Rio de Janeiro, 9 abr. 2002. O Mundo/Ciência e Vida, p. 30.

LÉVI-STRAUSS, C. *As Estruturas Elementares do Parentesco*. Petrópolis: Vozes, 1982

LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.

LÉVI-STRAUSS, C. *História de Lince*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

LUNA, N. *Bebê de Proveta, Barriga de Aluguel, Embriões de Laboratório: as representações sociais das novas tecnologias reprodutivas*, 2000. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LUNA, N. A clonagem como problema e seus lugares comuns. *Ciência Hoje*, 30(176): 45-47, out. 2001a.

LUNA, N. Pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas. *Revista Estudos Feministas*, 9(2): 389-413, 2001b.

LUNA, N. Parentesco com ou sem gene: um inventário do desenvolvimento recente das novas tecnologias reprodutivas. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 23, 2002a, Gramado.

LUNA, N. maternidade desnaturada: uma análise da barriga de aluguel e da doação de óvulos. *Cadernos Pagu*, 19: 233-278, 2002b.

LUNA, N. As novas tecnologias reprodutivas e o estatuto do embrião: um discurso do magistério da Igreja Católica sobre a natureza. *Gênero – Revista do Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero*, 3(1): 83-100, 2002c.

LUNA, N. Novela e biotecnologia: os pais de “O Clone” segundo mulheres em tratamento de infertilidade. In: GROSSI, M.; PORTO, R. & TAMANINI, M. (Orgs.) *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios*. Brasília: LetrasLivres, 2003.

LUNA, N. *Provetas e Clones: teorias da concepção, pessoa e parentesco nas novas tecnologias reprodutivas*. 2004a. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

LUNA, N. Embriões geneticamente selecionados: os usos do diagnóstico genético pré-implantação e o debate antropológico sobre a condição de pessoa. *Política & Trabalho – Revista de Ciências Sociais*, 20(20): 61-79, 2004b.

LUNA, N. Novas tecnologias reprodutivas: natureza e cultura em redefinição. *Campos – Revista de Antropologia Social*, 5(2): 127-156, 2004c.

MALINOWSKI, B. Myth in primitive psychology. In: MALINOWSKI, B. *Magic, Science and Religion*. New York: Doubleday, 1955.

MALINOWSKI, B. *A Vida Sexual dos Selvagens* [1929]. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

MARIANO JR., J. Clonagem humana. *Jornal Espírita*. Órgão da Federação Espírita do Estado de São Paulo, São Paulo, ano XXVI, 319: 12, mar. 2002.

MARIZ, C. L. A opinião dos evangélicos sobre o aborto: discussão sobre alguns dados da pesquisa “Novo nascimento”. In: FERNANDES, R. C. (Coord.) *Novo Nascimento: os evangélicos em casa, na igreja e na política*. Rio de Janeiro: Mauad, 1998.

MARKS, J. *Human Biodiversity: genes, race and history*. New York: Aldine de Gruyter, 1995.

MARTIN, E. The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs*, 16(3): 485-501, 1991.

MARTIN, E. *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press, 1992a.

MARTIN, E. The end of the body? *American Ethnologist*, 19(1): 121-140, 1992b.

MARTIN, E. Anthropology and the cultural study of science: from citadels to string figures. In: GUPTA, A. & FERGUSON, J. (Eds.) *Anthropological Locations: boundaries and grounds of a field science*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1997.

MAUSS, M. As técnicas corporais. In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU, Edusp, 1974a.

MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do "eu". In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU, Edusp, 1974b.

MAYR, E. *The Growth of Biological Thought: diversity, evolution and inheritance*. Cambridge, London: Belknap Press, Harvard University Press, 1982.

MEMMI, D. Savants et maîtres à penser: la fabrication d'une morale de la procréation artificielle. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 76-77: 82-103, 1989.

MENEGON, V. M. *Entre a Linguagem dos Direitos e a Linguagem dos Riscos: os consentimentos informados na reprodução humana assistida*, 2003. Tese de Doutorado, São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MENÉNDEZ, E. Biologización y racismo en la vida cotidiana. *Alteridades*, 11(21): 5-39, 2001.

MESTIERI, J. Embriões. In: TUBENCHLAK, J. (Coord.) *Doutrina*. Rio de Janeiro: Instituto de Direito, 1997.

MIDDLETON, K. How Karembola men become mothers. In: CARSTEN, J. (Ed.) *Cultures of Relatedness: new approaches to the study of kinship*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

MIELI, P. Verde: notas sobre as implicações atuais da reprodução assistida. *Estudos Feministas*, 6(1): 156-169, 1998.

MITJAVILA, M. & ECHEVESTE, L. Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade. In: COSTA, A. de O. & AMADO, T. (Orgs.) *Alternativas Escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora 34, Fundação Carlos Chagas, 1994.

MIUNGI, L. *Fundamental Aspects of Human Generation in St Thomas Aquinas*, 1999. Tese de Doutorado, Roma: Facultas Philophiæ, Pontificia Universitas Sanctæ Crucis.

MOSCUCCI, O. *The Science of Woman*: *gynaecology and gender in England, 1800-1929*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

MOTTA-MAUÉS, M. A. "Lugar de mulher": representações sobre os sexos e práticas médicas na Amazônia. In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. de S. (Orgs.) *Saúde e Doença*: *um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

MULKAY, M. *The Embryo Research Debate*: *science and the politics of reproduction*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

NAMENWIRTH, M. Science seen through a feminist prism. In: BLEIER, R. (Ed.) *Feminist Approaches to Science*. New York, London: Teachers College Press, 1986.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. *Estudos Feministas*, 8(2): 9-41, 2000.

NOS EUA, alvoroço contra a clonagem: congressistas defendem a proibição total; cientistas apóiam a clonagem terapêutica. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 13 abr. 2004. Geral, p. A10.

NOVAES, S. & SALEM, T. Recontextualizando o embrião. *Estudos Feministas*, 3(1): 65-88, 1995.

O MÉTODO usado. *O Globo*, Rio de Janeiro, 19 maio 2001. Ciência e Vida, p. 29.

OLIVEIRA, F. Biotecnologias de procriação e bioética. *Cadernos Pagu*, 10: 53-81, 1998.

OS AVANÇOS da reprodução humana em laboratório. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 24 jul. 1998. Mundo, p. 1-16.

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. F. (Orgs.) *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

PEREIRA, L. da V. *Clonagem*: *fatos & mitos*. São Paulo: Moderna, 2002.

PESQUISA FAPESP. Clonagem. 73, mar. 2002. Suplemento especial.

PIERUCCI, A. F. de O. Igreja: contradições e acomodação – ideologia do clero católico sobre reprodução humana no Brasil. *Cadernos Cebrap*, 30, 1978.

PONTIFICIAS ACADEMIAS DE CIENCIAS, CIENCIAS SOCIALES, PARA LA VIDA. Disponível em: <www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/index/_po.html> . Acesso em: 9 mar. 2002.

PRADO, R. M. *Mulher de Novela e Mulher de Verdade*: *estudo sobre cidade pequena, mulher e telenovela*, 1987. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

PRICE, F. Clinical practices and clinical concerns. In: EDWARDS, J. et al. *Technologies of Procreation: kinship in the age of assisted conception*. 2. ed. London, New York: Routledge, 1999.

RABINOVICI, M. Nova técnica evita doenças genéticas desde o embrião. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 18 ago. 1997. Geral, p. A15.

RAGONÉ, H. *Surrogate Motherhood*: *conception in the heart*. Boulder, San Francisco, Oxford: Westview Press, 1994.

RAGONÉ, H. Incontestable motivations. In: FRANKLIN, S. & RAGONÉ, H. (Eds.) *Reproducing Reproduction*: *kinship, power and technological innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998.

RAMÍREZ, M. C. Clique aqui e realize seus sonhos reprodutivos. ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, XXVI, 2002, Caxambu.

RAPP, R. Refusing prenatal diagnosis: the uneven meanings of bioscience in a multicultural world. In: DAVIES-FLOYD, R. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborg Babies*: *from techno-sex to techno-tots*. New York: Routledge, 1998.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Dossiê Reprodução Humana Assistida*. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2003.

REZENDE, R. Ela corre atrás da vida. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 17 jul. 1999. Suplemento Feminino, p. F10.

RIBEIRO, I. & RIBEIRO, A. C. T. (Org.) *Família em Processos Contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Loyola, 1995.

RIOS, A. R. et al. *Bioética no Brasil*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1999.

RIVAL, L. Androgynous parents and guest children: the Huaorani couvade. *The Journal of the Royal Anthropological Institute (incorporating Man)*, 4(4): 619-642, 1998.

RIZZARDO, A. Fecundação artificial. *Ajuris*, 18(52): 62-78, 1991.

ROBERTS, E. S. F. Native narratives of connectedness: surrogate motherhood and technology. In: DAVIES-FLOYD, R. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborg Babies: from techno-sex to techno-tots*. New York: Routledge, 1998.

ROHDEN, F. *Uma Ciência da Diferença*: *sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ROSSI-FERRAGUT, L. M. Criopreservação de parênquima ovariano. Disponível no sítio da Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida: < www.sbra.com.br >. Acesso em: 15 out. 2001.

ROTANIA, A. A. *A Celebração do Temor*: *biotecnologias, reprodução, ética e feminismo*. Rio de Janeiro: E-Papers, 2001a.

ROTANIA, A. De bioéticas e feminismos na modernidade. In: ROTANIA, A. (Org.) *Bioética*: *vida e morte femininas*. Rio de Janeiro: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001b.

ROTANIA, A. (Org.) *Bioética*: *vida e morte femininas*. Rio de Janeiro: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001c.

RUMJANEK, F. D. A técnica de clonagem de mamíferos. *Ciência Hoje*, 30(176): 34-38, out. 2001.

SÁ, M. de F. F. A dignidade do ser humano e os direitos da personalidade: uma perspectiva civil constitucional. In: SÁ, M. de F. F. (Org.) *Biodireito*. Belo Horizonte: Del Rey, PUC Minas, 2002.

SAHLINS, M. *The Use and Abuse of Biology*: *an anthropological critique of sociobiology*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1976.

SALEM, T. O ideário do "parto sem dor": uma leitura antropológica. *Boletim do Museu Nacional*, 40: 1-27, 1983.

SALEM, T. O casal igualitário: princípios e impasses. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 9(3): 24-37, 1989.

SALEM, T. O princípio do anonimato na Inseminação Artificial com Doador (IAD). *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 5(1): 33-68, 1995.

SALEM, T. As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa. *Mana*, 3(1): 75-94, 1997.

SCAVONE, L. (Org.) *Tecnologias Reprodutivas*: *gênero e ciência*. São Paulo: Editora Unesp, 1996.

SCAVONE, L. Tecnologias reprodutivas: novas escolhas, antigos conflitos. *Cadernos Pagu*, 10: 83-112, 1998.

SCHIEBINGER, L. Skeletons in the closet: the first illustrations of the female skeleton in Eighteenth-century anatomy. In: GALLAGHER, C. (Ed.) *Making of the Modern Body*. Berkeley: University of California Press, 1987.

SCHMIDT, M. & MOORE, L. J. Constructing a "good catch", picking a winner: the development of technosemen and the deconstruction of the monolithic male. In: DAVIES-FLOYD, R. & DUMIT, J. (Eds.) *Cyborg Babies*: *from techno-sex to techno-tots*. New York: Routledge, 1998.

SCHMITT, J.-C. Le corps en chrétienté. In: GODELIER, M. & PANOFF, M. (Eds.) *La Production du Corps*: *approches anthropologiques et historiques*. Amsterdan: Éditions des Archives Contemporaines, 1998.

SCHNEIDER, D. *American Kinship*: *a cultural account*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1968.

SCHNEIDER, D. M. A. *Critique of the Study of Kinship*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1984.

SEEGER, A.; DA MATTA, R. & VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional*, 32: 2-19, 1979.

SEITA DIZ ter criado bebê clonado: raelianos não apresentam provas e anúncio é recebido com desconfiança e indignação. *O Globo*, Rio de Janeiro, 28 dez. 2002. O Mundo, p. 30.

SEITA DOS EUA diz que fez o 1º clone humano. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 28 dez. 2002, p. A1.

SIMMEL, G. Subjective culture. In: LEVINE, D. N. (Ed.) *On Individuality and Social Forms* [1908]. Chicago: University of Chicago Press, 1971.

SOARES, D. de S. Estatuto do embrião. In: TUBENCHLAK, J. & BUSTAMANTE, R. S. de (Coord.) *Livro de Estudos Jurídicos*. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos Jurídicos, 1991.

SOUZA, G. A. A. de. A formação de proles e a criação de filhos na Bahia. In: RIBEIRO, I. & RIBEIRO, A. C. T. (Org.) *Família em Processos Contemporâneos*: *inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Loyola, 1995.

SOUZA, I. M. de A. & CAITITÉ, A. M. L. As promessas da clonagem terapêutica e seu avesso: a incrível história da fraude dos embriões clonados e o que ela nos diz sobre ciência e técnica. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 25, 2006, Goiânia. *Anais*... s. l. Associação Brasileira de Antropologia, 2006. CD ROM. v. 1.

SPEROFF, L.; GLASS, R. & KASE, N. G. *Endocrinologia Ginecológica Clínica e Infertilidade*. São Paulo: Manole, 1995.

STEINBERG, D. L. A most selective practice: the eugenic logics of IVF. *Women's Studies International Forum*, 20(1): 33-348, 1997.

STOLCKE, V. New reproductive technologies – same old fatherhood. *Critique of Anthropology*, 6(3): 5-31, 1986.

STOLCKE, V. Derechos reproductivos. In: AZEREDO, S. & STOLCKE, V. (Coords.) *Direitos Reprodutivos*. São Paulo: FCC/DPE, 1991.

STOLCKE, V. El sexo de la biotecnología. *Estudos Feministas*, 6(1): 139-155, 1998.

STRATHERN, A. J. *Body Thoughts*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1996.

STRATHERN, M. No nature, no culture: the Hagen case. In: MacCORMACK, C. & STRATHERN, M. (Eds.) *Nature, Culture and Gender*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.

STRATHERN, M. *The Gender of the Gift*: *problems with women and problems with society in Melanesia*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1988.

STRATHERN, M. Disparities of embodiment: gender models in the context of the new reproductive technologies. *Cambridge Anthropology*, 15(2): 25-43, 1991.

STRATHERN, M. *After Nature*: *English kinship in the late Twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992a.

STRATHERN, M. *Reproducing the Future*: *essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Manchester: Manchester University Press, 1992b.

STRATHERN, M. Necessidade de pais, necessidade de mães. *Estudos Feministas*, 3(2): 303-329, 1995a.

STRATHERN, M. Displacing knowledge: technology and the consequences for kinship. In: GINSBURG, F. G. & RAPP, R. (Eds.) *Conceiving the New World Order*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1995b.

STRATHERN, M. Surrogates and substitutes: new practices for old? In: GOOD, J. & VELODY, I. (Eds.) *The Politics of Postmodernity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

STRATHERN, M. A question of context. In: EDWARDS, J. et al. (Eds.) *Technologies of Procreation*: *kinship in the age of assisted conception*. 2. ed. London, New York: Routledge, 1999a.

STRATHERN, M. Regulation, substitution and possibility. In: EDWARDS, J. et al. (Eds.) *Technologies of Procreation*: *kinship in the age of assisted conception*. 2. ed. London, New York: Routledge, 1999b.

TAMANINI, M. *Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas à Luz da Bioética e das Teorias de* Gênero: casais e médic@s no Sul do Brasil, 2003. Tese de Doutorado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina.

TAYLOR, C. The person. In: CARRITHERS, M.; COLLINS, S. & LUKES, S. (Eds.) *The Category of the Person*: *anthropology, philosophy, history*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

TEICH, D. H. & OYAMA, T. Em busca do bebê perfeito; butiques de sêmen sexo selecionado e escolha de embriões: o Brasil entra na era dos superbebês. *Veja*, ano 32, n. 44, p. 126, 3 nov. 1999.

TESTART, J. *O Ovo Transparente*. São Paulo: Edusp, 1995.

TORT, M. *O Desejo Frio*: *procriação artificial e crise dos referenciais simbólicos*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

TRANSPLANTE de testículo pode curar esterilidade. *O Globo*, Rio de Janeiro, 25 set. 1999. Ciência e Vida, p. 40.

TUBERT, S. *Mulheres sem Sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Record, Rosa dos Tempos, 1996.

VARGAS, E. P. A figueira do inferno: os reveses da identidade feminina. *Estudos Feministas*, 7(1-2): 89-108, 1999.

VELHO, G. *Individualismo e Cultura*: *notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

VELHO, G. *Nobres e Anjos*: *um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1998.

VEYNE, P. Do ventre materno ao testamento. In: ARIÈS, P. & DUBY, G. (Dirs.) *História da Vida Privada 1*: *do Império Romano ao ano mil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

VÍCTORA, C. G. As imagens do corpo: representações do aparelho reprodutor feminino e reapropriações dos modelos médicos. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significado*: *ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da Universidade, Nupacs, 1995.

VIVEIROS DE CASTRO, E. *Araweté*: *os deuses canibais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Anpocs, 1986.

VIVEIROS DE CASTRO, E. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.) *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero, UFRJ, 1987.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Alguns aspectos da afinidade no dravidianato amazônico. In: VIVEIROS DE CASTRO, E. & CUNHA, M. C. da (Orgs.) *Amazônia: etnologia e história indígena*. São Paulo: NHII-USP, Fapesp, 1993.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana*, 2(2): 115-144, 1996.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Atualização e contra-efetuação do virtual na socialidade amazônica: o processo de parentesco. *Ilha*, 2(1): 5-46, 2000.

WAGNER, R. *The Invention of Culture* (revised and expanded edition). Chicago, London: The University of Chicago Press, 1981.

WEBER, D. Método eleva chance de gravidez após 40 anos. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 4 abr. 1998. Ciência e Tecnologia, p. A-15.

WEBER, M. *Economía y Sociedad* [1922]. México: Fondo de Cultura Económica, 1998.

WERTZ, D. Ethical and legal implications of the new genetics: issues for discussion. *Women's Studies International Forum*, 35(4): 495-505, 1992.

WILLIAMS, L. S. Motherhood, ideology and the power of technology: *In vitro* fertilization use by adoptive mothers. *Women's Studies International Forum*, 13(6): 543-552, 1990.

WINTER, J.-P. Gare aux enfants symboliquement modifiés. *Le Mond des Débats*, 12: 18, mars 2000.

WIT, C. de & COREA, G. Cronologia dos desenvolvimentos das novas tecnologias da reprodução e engenharia genética. *Cadernos da Rede de Defesa da Espécie Humana*, 1(1): 16-19, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO SCIENTIFIC GROUP ON RECENT ADVANCES IN MEDICALLY ASSISTED CONCEPTION. *Recent Advances in Medically Assisted Conception*. Geneva: World Health Organization, 1992.

ZÁGARI, M. Planeta tem 750 milhões de habitantes estéreis. *O Globo*, Rio de Janeiro, 3 set. 1995. Ciência e Vida, p. 46.

ZATZ, M. Clonagem humana: conhecer para opinar. *Pesquisa Fapesp*, 73: 8-14, mar. 2002. Suplemento especial.

ZATZ, M. Esperança renovada. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 13 fev. 2004. Folha Ciência, p. A 14.

ZEGERS-HOCHSCHILD, F. & GALDAMES INGUERZON, V. (Eds.) *Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida 2001*. Chile: Red Latinoamericana de Reproducción Asistida, 2001.

ZITNER, A. Cientistas começam a criar embrião sem pai. *O Globo*, Rio de Janeiro, 13 ago. 2001. Ciência e Vida, p. 22.

# Anexo

# Sinopse da novela *O Clone*

Leônidas é um homem branco, viúvo e pai de filhos gêmeos idênticos, Lucas e Diogo. O cientista Albieri é padrinho de Diogo, um dos gêmeos, que morre em um acidente logo no início da novela. Deusa, uma mulher negra, deseja fazer um tratamento de reprodução assistida (referido na novela com o termo "inseminação") com doação de sêmen, porque seu namorado Edvaldo, um homem moreno, era infértil. Ela faz o tratamento sem a concordância do namorado na clínica onde trabalha Albieri. Deusa produz muitos óvulos e Albieri resolve usá-los para fazer uma experiência de clonagem por transferência nuclear como meio de fazer voltar o falecido Diogo. Para isso, Albieri retira o núcleo dos óvulos e usa células de Lucas oriundas da biopsia de um sinal que ele tinha nas costas – o material da biopsia fora preservado no laboratório. Um embrião obtido por clonagem se desenvolve e é transferido para o útero de Deusa pela assistente de Albieri, dra. Simone, sem que ela nem Deusa saibam de sua origem. Deusa é negra, mas dá à luz um filho branco chamado Leo. Este guarda memórias vividas por Lucas, o fornecedor da célula, e, ao crescer, vem a se envolver afetivamente com a mesma mulher que ele, Jade. Quando Leo atinge os 18 anos, a experiência é descoberta. Os personagens se referem à relação de Lucas e Leo como uma relação entre irmãos, ou simplesmente a Leo como o clone de Lucas. Leônidas resolve mover uma ação na Justiça para que ele e sua esposa, Iolanda, falecida dez anos antes da experiência de clonagem, sejam reconhecidos como pais de Leo. Como evidência é usado teste de DNA. Em primeira instância, o processo dá ganho de causa a ele, fundamentando-se em exame do DNA genômico (do núcleo das células) de Leo, o que revogaria legalmente a relação materna com Deusa.[1] A advogada de Deusa interpõe um recurso, e novo teste com material do citoplasma revela a existência de DNA mitocondrial de Deusa, que consegue ser reconhecida novamente como mãe de Leo.[2]

## Notas

1 O teste de DNA verifica o DNA do núcleo das células ou DNA genômico, que foi excluído dos óvulos de Deusa usados na experiência.

2 Houve uma incorreção no texto da novela, que se referiu ao "DNA do plasma", pois o teste é do DNA das mitocôndrias oriundas do citoplasma do óvulo de Deusa, sendo este DNA transmitido durante a formação do embrião e presente no citoplasma das células de Leo (ARAÚJO-JORGE, T. C. Pesquisadora comenta erros conceituais nos capítulos finais de 'O Clone'. *Jornal da Ciência*. JC e-mail 2.056. 18 jun. 2002. Disponível em: <www.sbpcnet.org.br/publicacoes/jce-mail.htm>. Acesso em: 18 jun. 2002.).